

## Santé & précarité

### Sommaire

- II Fléaux sociaux, populations cibles et précarité : du contrôle à la responsabilisation
- IV Les grandes tendances
- VIII Accès aux droits : de l'élargissement à la généralisation
- XII La santé : se loger, se nourrir, se soigner...
- XXII L'apport des associations
- XXIV Système de soins, système de santé et précarité : quelles perspectives ?
- XXVIII Tribune
- XXXVI Bibliographie Adresses utiles

**L**e rapprochement santé et précarité s'impose comme une question emblématique posée aux politiques et aux acteurs. Pourquoi ? Les personnes en difficulté sont-elles plus malades, ont-elles moins accès aux soins, sont-elles moins soignées qu'auparavant ?

L'élargissement des droits et le développement du système de soins plaident pour le contraire. C'est probablement que les processus de pauvreté et de précarité ont changé.

Durant la période de plein emploi, on pouvait dire, en caricaturant, que pauvreté et état de santé défailant concordait. Seuls ne travaillaient pas ceux qu'une raison liée à l'âge ou à un handicap empêchait de travailler.

Avec l'apparition d'un chômage massif et durable, des populations nouvelles, jeunes et adultes, ont été touchées par les processus de précarisation. Ce n'est plus l'état de santé qui est à l'origine de la mise à l'écart du monde du travail.

Bien plus, les professionnels du soin et du social en rapport avec ces populations font état

de dégradation de leur état de santé au point de compromettre encore plus les possibilités de leur réinsertion.

Face à ces difficultés, de nouvelles pratiques se font jour qui mettent en perspective certaines questions.

Le système de santé doit-il s'adapter et s'ouvrir ou doit-on encourager des espaces spécifiques à l'hôpital et ailleurs ?

Quels nouveaux savoir-faire les acteurs doivent-ils développer ?

Quelles modalités d'échanges doivent-ils savoir tisser ?

Ces questions concernent également les services de l'État, les collectivités locales, les différents champs professionnels et les associations.

Il n'y a pas de réponse toute faite. Il nous appartient à tous les niveaux d'identifier les difficultés et de construire les réponses. Comme il revient à ceux qui décident d'arbitrer et donc de définir des choix à la mesure des problèmes et à la hauteur des exigences et des aspirations sociales. ■



# Fléaux sociaux, populations cibles et précarité

## Du contrôle à la responsabilisation

« Nos concitoyens [...] ne croyaient pas aux fléaux. Le fléau n'est pas à la mesure de l'homme, on se dit donc que le fléau est irréel, c'est un mauvais rêve qui va passer. Mais il ne passe pas toujours, et de mauvais rêve en mauvais rêve, ce sont les hommes qui passent, et les humanistes en premier lieu, parce qu'ils n'ont pas pris leurs précautions »

Albert Camus, *La peste*

« Comme la peste, le théâtre est [...] un formidable appel de forces qui ramène l'esprit par l'exemple à la source de ses conflits [...] comme la peste, il est la révélation, la mise en avant, la poussée vers l'extérieur d'un fond de cruauté latente par lequel se focalisent sur un individu ou sur un peuple toutes les possibilités perverses de l'esprit »

Antonin Artaud,  
*Le théâtre et son double*

Ces citations liminaires reflètent assez bien la force de la symbolique épidémique dans l'histoire sociale et culturelle : l'épidémie comme décrypteur d'un état de société, mais aussi d'un état de l'esprit dit Artaud, c'est-à-dire de la manière dont les individualités voient se décaprer une partie du vernis social et se révéler le poids des fantasmes collectifs d'exclusion. Si les nombreux travaux d'historiens relatifs aux grands fléaux sociaux<sup>1</sup> ont bien permis de comprendre la manière dont les différentes vagues

épidémiques ont perturbé les équilibres sociaux et bouleversé les mentalités, l'épidémie est restée jusqu'aux débuts de l'apparition du sida l'« ancien régime du mal »<sup>2</sup>. La confrontation entre les différentes formes de symbolisation et d'instrumentation des fléaux sociaux apparaît aujourd'hui utile dans le décryptage nécessaire des usages sociaux de ces références qui tendent – malgré les risques que cela entraîne – à focaliser les racines et les foyers du mal sur les populations les plus précarisées.

1 Biraben J.-N. *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, 2 tomes, Mouton, 1975 et Delumeau J. et Lequin Y. (dir.) *Les malheurs du temps. Histoire des fléaux et des calamités en France*, Paris, Librairie Labrousse, 1987

2 Herzlich C., Pierret J. *Malades d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1984

### De la « bouc-émissarisation » des couches populaires à la définition de publics cibles

Les épidémies dans l'histoire se trouvent à l'origine d'un triple processus qui domine tour à tour les grands fléaux sociaux successifs (peste et choléra/syphilis et tuberculose/sida) : elles sont l'occasion et le support d'une réorganisation des pouvoirs sur la société : en premier lieu les pouvoirs urbains car ce sont la qualité de l'air, la promiscuité et l'aménagement de l'espace, en fait les conditions de vie et d'habitat des couches populaires, qui se trouvent incriminées quant aux conditions facilitant le développement de l'épidémie ; la réévaluation de la place de l'État intervient en second lieu car il est nécessaire de mobiliser des moyens à la mesure du fléau, pour limiter son expansion et gérer ses effets sur les populations. La recherche de boucs émissaires du côté des classes populaires est un phénomène récurrent dans l'histoire des épidémies et autres grands fléaux sociaux : dès les choléras du début du XIX<sup>e</sup> siècle, l'« infection des pauvres »<sup>3</sup> est désignée comme la cause du mal. La volonté d'agir spécifiquement en direction de cette population cible se trouve à la base de la constitution de l'hygiène publique : « l'hygiène se construit sur l'évaluation des « fléaux sociaux » ; tous maux attribués à quelque zone inquiétante où la misère propagerait l'infection

en affaiblissant les corps »<sup>4</sup>. Même chose pour l'alcoolisme où la dégradation des mœurs et la dégénérescence de la volonté font le lit d'un mal qui menace d'« engloutir les forces vives de la nation » et prédispose à la tuberculose, et pour la syphilis<sup>5</sup> présentée comme le mal majeur (alors que la tuberculose, à la même époque, tue six fois plus). Cette orientation autorise les politiques publiques à se focaliser sur ce que serait le « foyer » de l'épidémie, autre population-cible, les prostituées<sup>6</sup>. La spécificité des politiques engagées au XIX<sup>e</sup> siècle tient au rôle prépondérant de l'État qui se présente comme le seul en position de réaliser le mouvement de régénération et de sursaut moral. Le fait de choisir des « publics-cibles » permet en même temps de ne pas contrevenir aux principes de protection de la vie privée. On retrouve cette orientation dans la plupart des pays<sup>7</sup>. Le public-cible facilite le travail de symbolisation du fléau, en même temps qu'il produit des images contradictoires<sup>8</sup> susceptibles de produire des effets inverses à ceux recherchés (exposition de populations apparemment moins vulnérables socialement) en particulier sur le mode de la fantasmatisation collective. Autour de la « syphilis des innocents »<sup>9</sup>, c'est-à-dire des contaminations supposées extra-génitales, on voit se développer au XIX<sup>e</sup> siècle une hantise de la contamination qui exacerbe « la phobie du contact des corps suscitée par les progrès de l'hygiène ». Les débuts du sida sont également marqués par la multiplication de représentations qui trahissent les incertitudes et les paradoxes des politiques publiques<sup>10</sup>.

La mise en place de la police sanitaire (lois de 1822 et de 1902) inaugure une période durant laquelle, au nom de la santé, il apparaît légitime de décréter des « états d'urgence »<sup>11</sup> et, sous couvert d'hygiénisme, de décréter les nouvelles normes en matière de politique du logement, de la famille et de la ville. Le fléau social a longtemps permis de décréter l'état d'exception, de déroger aux règles ordinaires et d'imposer toutes sortes de réformes, la focalisation sur la pauvreté et des populations susceptibles d'être facilement « ciblées » et désignées comme constituant le terreau de la propagation (recherche des facteurs qui, croisés et cumulés, permettent de dessiner le portrait de la source), ayant permis de faire converger les politiques sanitaires et sociales et de faire pendant longtemps de l'hygiène publique une hygiène sociale.

3 Vigarello G. *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge*, Seuil, 1993, p. 199 et suivantes

4 *Ibid.*, p. 201

5 Corbin A. Le péril vénérien au début du siècle : prophylaxie sanitaire et prophylaxie morale, Murard L., Zylberman, L'haleine des faubourgs, in *Recherches*, n° 29, 1977, p. 245-283 et Quétel C. *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, Seghers, 1987

6 Cf. Vigarello G. *op. cit.*, p. 225-226 et Corbin A. *op. cit.*, p. 256-257

7 Goulet D., Keel O. Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies au Québec depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, in *Anthropologie et société*, 1991, n° 15/2-3, p. 205-228

8 Pollak M. *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, A. M. Métaillé, 1988, p. 159

9 Cf. Corbin A. *op. cit.*, 1977, p. 250

10 Herzlich C., Pierret J. Le phénomène sida. Discours autour d'une maladie, in Hirsch E. (ed), *Le sida. Rumeurs et faits*, Cerf, 1987, p. 19-20

11 Murard L., Zylberman P. L'ordre et la règle. L'hygiénisme en France dans l'entre-deux-guerres, *Les cahiers de la recherche architecturale*, n° 15/16/17, 1985

12 Ehrenberg A. *L'individu incertain*, Calmann-Lévy, 1995 et cf. Herzlich C., Pierret J. *op. cit.*, 1984

13 Castel R. *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard, 1995

## Dramatisation et faiblesse des capacités publiques : l'appel à la responsabilisation

L'exagération de l'importance des fléaux aux fins d'impressionner l'opinion publique tend à produire une distorsion dans le rapport à la réalité de diffusion et de manifestation des épidémies. La technique de la dramatisation dans le développement de l'hygiène publique se trouve à la base de la mise sur pied d'outils d'intervention se proposant d'agir conjointement sur le plan sanitaire et moral (création de la Société française de tempérance en 1875, de la Société internationale de prophylaxie sanitaire et morale en 1901). Nous retrouverons cette technique avec le sida, à partir de la fin des années 80, début des années 90. L'usage conjoint de la stigmatisation des victimes (homosexuels puis toxicomanes) et la tension qui se développe entre les impératifs de santé publique et les libertés individuelles créent un trouble qui couvre partiellement la difficulté des pouvoirs publics à se doter des moyens d'intervention et de diagnostic adéquats. Cette tendance renvoie très directement à une faiblesse constitutive de l'État qui, malgré son monopole d'intervention sur les fléaux sociaux, laisse la place, en pratique, à l'initiative privée et à celle des collectivités territoriales. Cela a été enregistré clairement pour ce qui est de la tuberculose (Dessertine, Faure, 1988) et s'est reproduit avec le sida et le rôle moteur joué par les associations (Pollak, 1988). Ces éléments permettent de pondérer une vision trop manichéiste d'un État tout-puissant se servant des opportunités ouvertes par les épidémies pour étendre le champ du contrôle social. D'autant que l'époque moderne se caractérise par une inversion de la logique de domination sur le terrain sanitaire et social : depuis le début du siècle s'expérimente un autre paradigme, celui de la responsabilisation et de l'autonomisation<sup>12</sup> des usagers du système de santé qui doivent devenir capables de pratiquer l'auto-protection et l'auto-soin. À côté de cette évolution deux enjeux demeurent : la difficulté à réellement faire entrer dans cette problématique les personnes les plus précarisées, les plus désaffiliées<sup>13</sup> (pour le sida : les usagers de drogues dures marginalisés) et le rôle que jouent et pourraient jouer les mobilisations dites communautaires sur le plan des dynamiques collectives. ■



# Les grandes tendances

**Quelle est la relation entre problèmes de santé et précarité ? Si on ne constate pas de pathologies spécifiques à la pauvreté, certaines populations cumulent les facteurs de risque pour la santé et les pathologies non traitées.**

« En moyenne, la santé de la population est bonne et s'est améliorée en dix ans... En revanche, si, sans se contenter de l'examen des moyennes, on se penche sur les écarts, la situation apparaît moins satisfaisante : l'importance des inégalités entre groupes sociaux ou entre régions, l'accentuation, au cours des dix dernières années, de ces disparités entre groupes, mais également à l'intérieur des groupes, invite à nuancer le jugement... » Tel est le constat livré par le Haut Comité de la santé publique dans son rapport *La santé en France* publié en novembre 1994. Cette appréciation générale, positive, est très vite relativisée.

À côté des progrès indéniables en termes d'allongement de l'espérance de vie, voire de qualité de vie, d'évolution des profils de morbidité et des causes de décès, le rapport souligne non seulement la persistance mais l'aggravation des inégalités sociales face à la maladie et la mort. « Dès que l'on se penche sur les écarts que cachent la moyenne et les descriptions synthétiques, dès que l'on s'intéresse davantage aux problèmes qualitatifs, il devient nécessaire de nuancer, voire de contredire le jugement globalement positif que nous avons porté, surtout si l'on prend en compte l'état de santé de certains groupes et sous-groupes de population définis principalement selon des critères sociaux ».

Plus loin, le rapport, dans une véritable mise en garde, anticipe en rappelant que « l'état de santé que nous constatons en 1994 est, d'une certaine manière, le produit de la prospérité d'après-guerre, celle des « trente glorieuses ». Ce n'est que dans une vingtaine d'années que se traduiront peut-être, avec les indicateurs de santé, les effets de la crise économique et du chômage qui se poursuivent depuis les années 1975. »

## Y a-t-il des maladies de la précarité ?

« La santé, ce n'est pas seulement les soins. Vivre dans la pauvreté, c'est vivre dans les soucis. Quand tout manque, les parents se sentent humiliés. De plus, la pauvreté attaque la santé : le bruit, la pollution, les mauvais logements, l'humidité, l'inquiétude, tout cela au long des années, ça use le corps et l'esprit »\*.

Oui et non, serions-nous tentés de répondre avec la réserve des limites des études et des sources disponibles.

Non en ce sens qu'il n'y a pas de maladies « spécifiques » à la pauvreté ou plus précisément de maladies autres que celles connues et décrites à ce jour.

\* Colloque de l'OMS à Bruxelles, 1993

## De l'indicateur à l'indice

### Espérance de vie...

Avec une espérance de vie moyenne de 77,7 ans, la France se place en 1991 au premier rang de l'Union européenne.

En 1935, l'espérance de vie des Français s'élevait à 55 ans pour les hommes et à 61 ans pour les femmes. En 1991, elle atteint 73 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes. Cela nous donne des gains respectifs de 18 et 20 ans sur une période de 55 ans.

L'examen de l'espérance de vie révèle que Japonais, Islandais ou Suédois vivent entre 76 et 79 ans, mais qu'en Afrique subsaharienne, on vit rarement plus de 50 ans.

### ...et catégorie socioprofessionnelle

Sur la période 1980-1989, l'écart d'espérance de vie entre le groupe des cadres supérieurs et celui des manœuvres était de 8 ans à 35 ans et de 4,5 ans à 60 ans. Ces écarts ont augmenté car la baisse de la mortalité a davantage touché les catégories du haut de l'échelle sociale (2,3 ans d'espérance de vie en 20 ans pour les cadres contre 1,5 an pour les manœuvres).

### Indicateur de développement humain

L'indicateur de développement humain est un indice composite (emploi, PIB par

habitant, revenus, espérance de vie, nutrition, éducation, santé...) proposé par le programme des Nations Unies pour le développement. Son intérêt est de renseigner de manière plus large que l'indicateur sur l'espérance de vie.

Cet indice place la France au 8<sup>e</sup> rang des nations derrière le Canada, les États-Unis, le Japon, les Pays-Bas, la Finlande, l'Islande et la Norvège et juste devant l'Espagne, la Suède, l'Australie, la Belgique, la Suisse, l'Autriche et l'Allemagne...\*

\* Source AFP, 17 août 1995

Par contre, ce qui ressort, et fortement, de toutes les évaluations tentées, c'est le constat du cumul et de l'intrication des symptômes, des maladies et des facteurs de risque que l'on retrouve en même temps chez les personnes et les groupes les plus fragilisés.

Précisons que chez les plus marginalisés, on retrouve des tableaux pathologiques avec des affections que l'on ne voit plus dans les contextes des pays développés.

Tout cela aggravé par des déficiences multiples du fait des conditions de vie (non et/ou mal-logés, sous et malnutrition, hygiène, climat affectif, insécurité et dégradation de l'image de soi et du regard social...) et des rapports au système de soins et de protection sociale.

« Les personnes interrogées par le Crédoc se caractérisent dans l'ensemble par un plus mauvais état de santé que le reste de la population française. La détérioration de leur santé est associée à une plus forte insécurité en matière d'emploi, ainsi qu'aux ruptures subies au cours de l'existence. Le Crédoc observe cependant que les bénéficiaires du RMI sont plus nombreux à se déclarer en bonne santé, ce que confirment les acteurs sociaux interrogés par le CEBS qui voient là l'effet positif des mesures favorisant l'accès aux soins. Néanmoins, les acteurs de terrain font également le lien entre le mauvais état de santé et le manque de logement ou la situation de misère en général. Ils relèvent la malnutrition, détectée notamment dans le cadre scolaire, mais aussi pour les

► **Extrait du** rapport du Conseil économique et social. *Évolution des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté*, juillet 1995

► Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc)

► Centre d'économie des besoins sociaux de la faculté des sciences économiques de Nantes (CEBS)

bénéficiaires du RMI. Aux troubles visuels, dentaires, auditifs, et à la résurgence de maladies telles que la tuberculose, les affections cutanées ou l'alcoolisme, il s'ajoute la toxicomanie (qui peut être conséquence ou cause de pauvreté) mais aussi une augmentation des troubles psychiques (dépressions, destructuration, etc.) et surtout une souffrance psychologique et sociale non prise en charge par la psychiatrie, mais suffisamment perturbante pour compromettre l'insertion sociale. Les acteurs sociaux constatent chez certains jeunes un manque de sommeil et une surconsommation de tranquillisants ou de somnifères. »

## La santé en milieu urbain

Les études et les actions de santé menées auprès des populations urbaines destinataires des interventions publiques ont permis d'accumuler quelques données sur leur santé. Elles peuvent être regroupées et résumées en trois ensembles : les situations et les problèmes de santé, une caractérisation des éléments du rapport à la santé et au système de santé de ces populations et la genèse des processus de désinsertion sociale et de dégradation de la santé.

## Les problèmes de santé

Les études de morbidité diagnostiquée et de morbidité ressentie n'ont pas montré l'existence de pathologies spécifiques aux populations urbaines précarisées mais elles font ressortir deux types de problèmes de santé où se conjuguent l'influence de la paupérisation et celle du nouvel habitat des grands ensembles.

Les sites urbains destinataires des procédures d'insertion et de développement social urbain sont caractérisés le plus souvent par la multiplication de phénomènes sociaux et de problèmes d'habitat. Ceux-ci peuvent être considérés comme des facteurs de risque pour la santé : taux élevé de chômage, concentration de familles nombreuses, pourcentage élevé d'immigrés économiques, désorientation de jeunes

# Définitions

## Pauvreté

■ On ne peut approcher la pauvreté qu'en utilisant divers indicateurs de type monétaire (salaires, revenus). Pris isolément, ils sont vivement contestés, mais, croisés avec d'autres indicateurs (logement, emploi, santé...), ils donnent une idée précise des caractéristiques des familles touchées par un cumul de facteurs de pauvreté.<sup>1</sup>

■ État d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources.

1. La notion de pauvreté est relative, et le seuil de pauvreté est apprécié de façon variable selon l'histoire, les cultures, le niveau de vie moyen du groupe observé, et selon l'observateur. Les pays disposant d'une protection sociale définissent leur seuil de pauvreté.

2. Pour une collectivité ou une personne la pauvreté a en général des conséquences sanitaires, par insuffisance de l'alimentation, par absence d'hygiène, etc.<sup>2</sup>

## Extrême pauvreté

■ Voici des indicateurs qui peuvent être utilisés en vue de définir l'extrême pauvreté :

- la pauvreté héritée ou existant depuis longtemps (à l'ex-

clusion d'un chômage récent ou d'une pauvreté accidentelle) ;

- une accumulation et une combinaison de difficultés (santé, logement, éducation) ;
- l'appartenance à une population autochtone ou à un groupe vivant dans le pays d'accueil depuis plus de dix ans ;
- l'histoire personnelle ou collective ;
- le sentiment de différence, d'exclusion ou de marginalisation.

L'indicateur économique (à savoir le niveau de revenu) est trop fréquemment le seul critère utilisé. Des facteurs socioculturels doivent être utilisés afin de décrire précisément la réalité de la pauvreté.<sup>3</sup>

## Précarité

■ La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se

prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.<sup>4</sup>

■ Il est assez fréquent de voir appréhender les situations de précarité à travers certaines catégories de populations censées y être plus que d'autres exposées, les populations dites « à risque » ou les populations effectivement « prises en charge ».

Les populations « à risque » sont le plus souvent des catégories répertoriées dans une perspective de prévention, à partir de divers critères qui peuvent être relatifs à :

- un événement (naissance prématurée, séparation du couple...)
  - un état de santé (handicap, éthylisme...)
  - une situation familiale (enfant orphelin, femme seule chef de famille, famille nombreuse...)
  - des conditions de vie (habitat insalubre, chômage, indemnité...)
  - une appartenance ethnique (immigrés, gens du voyage...).
- Les populations « prises en charge » sont le plus souvent des catégories définies par le fait qu'elles font effectivement

l'objet d'une assistance de la société sous des formes variées.<sup>4</sup>

## Exclusion

■ Terme paradoxal. Le préfixe *ex* (hors de) devrait le limiter aux individus qui, faisant partie d'un groupe, en sont rejetés, alors que *cludere* signifie fermer et permet d'étendre la signification du mot également à l'interdiction et au rejet de ceux qui n'en font pas partie.

On considère ainsi comme exclus non seulement les membres soumis à une procédure prévue et directe de rejet (les exclus du PCF) mais également ceux qui sont exclus indirectement, parce qu'ils ne possèdent pas les mêmes droits ou ne peuvent participer aux mêmes activités que les autres (immigrés, handicapés).<sup>5</sup>

1 Insee, *Bloc-notes de l'observatoire économique de Paris*, 1985.

2 Sourmia J.-C. *Dictionnaire français de santé publique*. Paris, éditions de santé, 1991.

3 OMS, *Organization of health care for disadvantaged groups*. Copenhague, WHO regional office for Europe, 1991.

4 J. Wresinski, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris, *Journal officiel*, 1987.

5 M. Grawitz, *Lexique des sciences sociales*. Paris, Dalloz, 1991.

sans perspectives, limites des revenus, cadre de vie peu attrayant, pollution, accidents fréquents notamment chez les enfants petits et les jeunes...

Toutes les études font ressortir la fréquence plus élevée qu'ailleurs des troubles visuels souvent non appareillés, des pathologies dentaires, des problèmes articulaires et dermatologiques, des troubles respiratoires, des céphalées, des perturbations psycho-relationnelles et de phénomènes dépressifs, des conduites de dépendance alcoolique et toxicomaniaque.

### Le rapport à la santé

Le rapport à la santé est souvent marqué par le non-souci de soi, l'occultation des problèmes, la négligence ou le déni. La grande majorité de ces personnes ne pensent à leur santé que lorsque les troubles deviennent des handicaps ou à l'arrivée de l'accident. Elles se préoccupent peu de leur rythme de vie, de leur régime alimentaire, des conditions de sécurité. Le recours aux soins se fait tardivement.

Le rapport au système de santé est souvent difficile. Il convient de souligner qu'en matière de soins le système d'offre libéral est en général moins développé dans les quartiers considérés comme « en difficulté », ce qui pose des problèmes d'accessibilité. L'offre institutionnelle y est, par contre, bien mieux implantée et mieux adaptée mais manque de moyens et se heurte aux cloisonnements entre les institutions. Beaucoup d'habitants des sites où se développent des politiques d'insertion sont éloignés des usages habituels des professionnels du soin et des structures de santé, ce qui contribue à leurs réticences à y avoir recours et à leur difficulté à en tirer parti de manière satisfaisante.

### Le processus de désinsertion sociale et dégradation de la santé

Les études qualitatives portant sur les itinéraires de vie de personnes en grande difficulté montrent l'interaction très forte entre les processus de fragilisation sociale et de dégradation de la santé. La reconstitution des histoires de vie de ces personnes fait apparaître des constantes : les difficultés d'insertion à l'école, dans l'emploi, face au logement se conjuguent souvent avec des troubles psycho-relationnels et des ruptures familiales.

## Le chômage

### Un mal qui rend malade ?

Quand, en 1976, la ville de Fougères voit trois de ses usines de chaussures fermer, le nombre des admissions à l'hôpital augmente de 20 % (l'accroissement maximum habituel est de 5 %). C'est ce que révèlent les résultats d'une étude de Martine Bungener, chercheur au CNRS-ASH\*. La relation entre inactivité et problèmes de santé est établie. Contrairement aux ouvriers actifs hospitalisés qui souffrent en général de maux liés à la pénibilité du travail, les patients chômeurs se trouvent plus souvent dans la catégorie « symptômes mal définis, pathologies peu claires de type dépressives ».

Le chômage est indiscutablement un facteur de stress surtout si, comme cela se produit actuellement, il est prolongé et extensif. D'une part, sa perspective accroît le stress des actifs en augmentant les frustrations et l'anxiété et en diminuant la solidarité, d'autre part, il est insécurisant pour le chômeur auquel il fait perdre le statut social reconnu de travailleur et auquel il apporte également son contingent de misère et précarité.

#### Le chômage

En mars 1995, **3 287 800** demandeurs d'emploi étaient inscrits à l'ANPE. Parmi ceux-ci **1 224 000** l'étaient depuis plus d'un an (chômeurs de longue durée). En 1994, le chômage de longue durée a augmenté de 13,8 % par rapport à 1993, il a pratiquement doublé en dix ans et touche toutes les tranches d'âge et toutes les catégories socioprofessionnelles.

#### Le revenu minimum d'insertion (RMI)

Le 31 décembre 1994, on comptait **908 336** allocataires du RMI. Ce nombre a augmenté de 14,6 % par rapport à 1993 et plus que doublé en cinq ans. Avec les conjoints et les enfants à charge, près de 1,8 million de personnes bénéficient de la prestation, soit plus de 3 % de la population française.

#### Bénéficiaires des principales mesures emploi\*\*

Travail temporaire	290 000
Associations intermédiaires	44 505
Apprentissage y compris secteur agricole	265 000
Contrat de qualification	152 000
Contrat d'adaptation	46 000
Contrat d'orientation	13 000
Contrat de retour à l'emploi	180 000
Entreprises d'insertion	6 803
Autres stagiaires AFPA	420 000
Contrat emploi solidarité	434 000
Crédit formation jeunes	150 000

\* M. Bungener, *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 1929, 2 juin 1995

\*\* mars/avril 1995



# Accès aux droits

## De l'élargissement à la généralisation

**La législation française permet globalement une couverture sociale satisfaisante. Toutefois les inégalités dans l'accès aux soins persistent. Les problèmes se posent surtout en termes de demande de soins.**

**L'**accès aux soins des plus démunis a été progressivement facilité par la mise en œuvre d'un dispositif législatif et réglementaire destiné à régler l'ensemble des situations.

### **La généralisation de l'assurance maladie**

L'accès aux soins des plus démunis a été facilité par la généralisation progressive de l'assurance maladie. La création de l'assurance personnelle en 1978 a permis l'accès à l'assurance maladie du régime général de l'ensemble des personnes dépourvues d'activité professionnelle et ne disposant d'aucun revenu ainsi que de l'ensemble des personnes ayant une activité professionnelle insuffisante pour l'ouverture des droits. Subordonné au versement d'une cotisation, cet accès a été facilité par la modulation du montant de la cotisation en fonction de l'âge des assurés (1 216 F au 1<sup>er</sup> juillet 1995 pour les moins de 27 ans, 12 748 F pour la cotisation minimale de droit commun).

Pour les personnes ne bénéficiant pas de revenus suffisants, un dispositif de prise en charge des cotisations a en outre été mis en place, incombant soit à l'aide médicale soit aux caisses d'allocations familiales (sous la double condition de bénéficier d'une prestation fami-

liale et d'avoir des ressources inférieures à un certain plafond), soit par la caisse des dépôts et consignations pour les bénéficiaires de l'allocation spéciale vieillesse (ASV).

Ce dispositif a été amélioré en 1988 avec la création du revenu minimum d'insertion (RMI). Pour la première fois, une affiliation automatique à l'assurance personnelle a été attachée au versement d'une prestation : tout bénéficiaire du RMI s'est vu ouvrir de plein droit le bénéfice de l'assurance personnelle dès lors qu'il n'avait pas de droits ouverts par ailleurs.

Ce mécanisme a été complété par la loi du 29 juillet 1992 sur l'amélioration du dispositif de l'aide médicale. Désormais, toute personne admise à l'aide médicale est de droit affiliée à l'assurance personnelle dès lors qu'elle n'a pas de droits ouverts par ailleurs. La même loi a prévu la prise en charge de plein droit par l'aide médicale des cotisations d'assurance personnelle des jeunes âgés de 17 à 25 ans dont les ressources sont inférieures au barème prévu pour l'obtention du RMI.

Toutefois, toutes ces procédures d'affiliation au régime de l'assurance personnelle supposent un examen préalable des droits sociaux de l'intéressé susceptible de générer certains délais (la caisse recherche si la personne a des droits à l'assurance maladie avant, dans la négative, de l'affilier à l'assurance personnelle).



C'est pourquoi la loi du 25 juillet 1994 et le décret du 7 mars 1995 prévoient une affiliation provisoire au régime de l'assurance personnelle de la personne pour laquelle il est impossible de déterminer immédiatement de quel régime d'assurance maladie elle relève.

L'affiliation ouvre immédiatement droit aux prestations en nature de l'assurance maladie. La recherche des droits s'effectue *a posteriori* pendant un délai de trois mois. En cas d'absence de droits, la personne est maintenue au régime de l'assurance personnelle.

Il est cependant encore trop tôt pour que ce texte ait reçu une pleine application.

Ces différentes mesures visent à réduire les situations dans lesquelles des personnes seraient sans droits ouverts à l'assurance maladie. En droit, demeurent seuls hors du champ de l'assurance maladie les étrangers en situation irrégulière au regard du droit de séjour. L'ignorance ou la complexité des textes ou des procédures peut néanmoins constituer un obstacle substantiel à l'exercice effectif de ces droits.

### Vers un meilleur partenariat

Il faut noter certains dysfonctionnements dans l'application de la réglementation du fait de l'organisation même du système de couverture maladie - pluralité des régimes, gestion de l'aide médicale par les départements et non par les caisses... Sa complexité, la méconnaissance des circuits administratifs (par exemple, des bénéficiaires du RMI seraient, de fait, privés de l'assurance maladie en l'absence de demandes faites simultanément pour l'obtention du RMI et d'affiliation à l'assurance personnelle), conduisent à de réelles difficultés, pour les populations fortement marginalisées, à se repérer et à effectuer toutes démarches (par exemple, si la réglementation prévoit que la personne sans résidence stable dont les ressources sont inférieures au RMI bénéficie de plein droit de l'aide médicale pour la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle, il faut néanmoins qu'une demande soit effectuée dans ce sens).

C'est pourquoi un meilleur partenariat entre les différents acteurs concernés (organismes d'assurance maladie, conseils généraux, représentants d'associations...) doit être recherché.

La circulaire ministérielle du 21 mars 1995 a rappelé cette nécessité et a demandé aux

## La loi du 29 juillet 1992

La loi du 29 juillet 1992 vise plusieurs objectifs qui peuvent être rassemblés sous quatre rubriques principales :

- donner à l'aide médicale un cadre normatif clair précisant les conditions générales d'admission, et les droits qui en résultent (socle juridique) ;
- améliorer l'efficacité du dispositif d'aide médicale ;
- lutter contre la précarisation des personnes en difficulté sociale ;
- développer le partenariat.

## Le tiers payant

Cette procédure permet à l'assuré social d'être dispensé de l'avance des frais, le professionnel de santé et les établissements de soins étant réglés par un tiers (caisses d'assurance maladie, mutuelles ou service de l'aide médicale).

Pour les assurés sociaux non admis à l'aide médicale, le tiers payant s'applique diversement selon les différents types de prestations : systématiquement pour les frais d'hospitalisation (y compris pour les consultations externes), très largement pour les frais pharmaceutiques et, pour les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, dans les situations prévues par les diverses conventions nationales avec les professions de santé.

Les assurés sociaux admis à l'aide médicale bénéficient de plein droit de la dispense d'avance de frais (le plus souvent, le professionnel de santé est réglé intégralement par la caisse d'assurance maladie, l'aide médicale remboursant à la caisse le ticket modérateur ; seuls quelques départements ont maintenu le circuit inverse).

préfets d'élaborer avant le 1<sup>er</sup> octobre 1995, dans chaque département, un plan départemental d'accès aux soins.

Par ailleurs, la loi du 29 juillet 1992 permet aux caisses d'assurance maladie, lorsque les conseils généraux leur donnent délégation, de gérer l'instruction des demandes d'admission de plein droit à l'aide médicale départementale, faculté qui n'a pas encore trouvé d'application.

En ce qui concerne « l'aide médicale État » (pour les personnes sans résidence stable), une convention conclue le 9 mai 1995 entre l'État et les trois principales caisses nationales d'assurance maladie (régime général, régime des travailleurs indépendants et régime agricole) transfère la gestion de l'aide médicale à la caisse d'assurance maladie dans le ressort duquel la personne a fait élection de domicile. Ce système entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1996.

Cette disposition, qui permet un « guichet unique » pour l'assurance maladie et l'aide médicale, devrait faciliter l'accès aux soins de ces personnes.

L'accès aux soins des personnes démunies peut être entravé par l'absence de tiers payant et une prise en charge partielle des dépenses de soins par l'assurance maladie.

L'accès à la protection maladie de base ne suffit pas à garantir une réelle capacité d'accès aux soins. Sans même évoquer certains facteurs d'exclusion – logement, emploi... – qui débouchent quasi inéluctablement sur des problèmes d'accès aux soins, l'absence de couverture complémentaire et la nécessité de faire l'avance des frais peuvent constituer des obstacles infranchissables à l'accès aux soins.

## Le rôle des départements

Les départements se sont vu confier par les lois de décentralisation, à côté de larges compétences dans le domaine social, quelques compétences en matière de santé publique. La plus importante concerne leur responsabilité sur les services de protection maternelle et infantile (PMI). Mais la loi du 22 juillet 1983 dans ses articles 37 à 40 leur a donné quelques autres compétences, notamment en matière de lutte contre les fléaux sociaux. Sont concernées la lutte contre la tuberculose, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et la lutte contre le cancer. Ils se sont aussi vu attribuer une compétence en matière de vaccination.

## Proportion de personnes mal assurées selon l'âge

Personnes n'ayant ni couverture complémentaire ni exonération du ticket modérateur (en pourcentage)

Âge	1980	1991
Moins de 25 ans	29,3	25,3
25 à 29 ans	19,8	15,4
30 à 34 ans	18,4	13,7
35 à 39 ans	18,3	12,7
40 à 49 ans	25,8	14,3
50 à 59 ans	26,6	13,5
60 à 64 ans	24,9	13,5
65 à 74 ans	25,4	11,5
75 ans et plus	34,5	12,4
<b>Ensemble</b>	<b>24,1</b>	<b>13,9</b>

Sources : enquêtes décennales Santé-soins médicaux de 1980-1981 et 1991-1992

## Les dépenses de soins non couvertes par l'assurance maladie

La législation de sécurité sociale ne prévoit pas de cas d'exonération du ticket modérateur (part de la dépense de soins non prise en charge obligatoirement par l'assurance maladie) en fonction des ressources des assurés.

Mais l'aide médicale intervient en complément de l'assurance maladie : les personnes admises à l'aide médicale peuvent bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle du ticket modérateur et en cas de séjour hospitalier, du forfait journalier (cette prise en charge étant de plein droit pour les bénéficiaires du RMI et les titulaires de l'allocation veuvage). Certains départements ont en outre prévu la possibilité de prendre en charge les frais au-delà du tarif de responsabilité des caisses (ex : pour les frais d'optique ou les prothèses dentaires). Pour les autres personnes, les organismes d'assurance maladie ont la possibilité de participer à la dépense sur leur fonds d'action sanitaire et sociale.

## L'évolution des dépenses départementales

Selon l'Odas, en dehors des dépenses d'accompagnement social plus difficilement identifiables, les principales dépenses d'insertion des départements sont constituées des dépenses obligatoires liées au versement de l'allocation RMI et des dépenses d'aide médicale. ▶ Observatoire départemental d'action sociale (Odas)

Ces dépenses s'élèvent en 1994 à 8,7 milliards de francs. Elles représentent 13 % de la dépense globale d'aide sociale contre 10 % en 1993.

Elles ont progressé de 2,3 milliards soit 36 % en un an, et représentent à elles seules 40 % de l'augmentation totale de la dépense d'aide sociale.

Cette progression est très inégale selon la taille des départements.

On peut estimer, en volume financier, que sur les 2,3 milliards d'évolution des dépenses d'insertion entre 1993 et 1994, 80 % sont im-

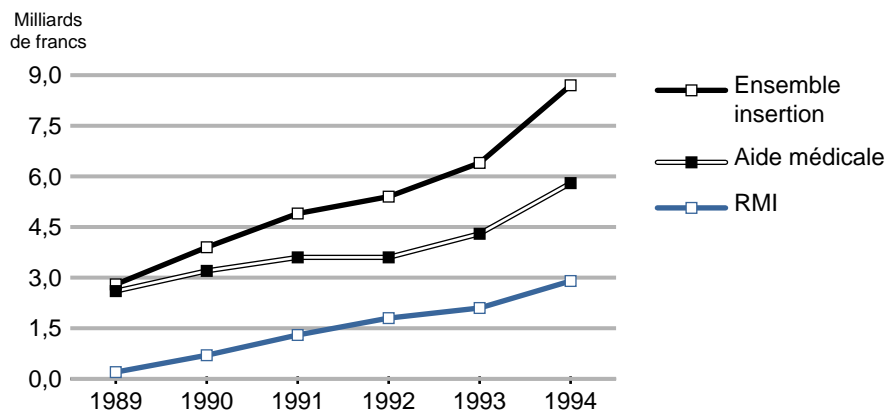
putables aux départements les plus peuplés (plus de 800 000 habitants).

Malgré de grandes diversités à l'intérieur de chaque groupe de départements, on peut noter que les départements les plus peuplés dépensent en moyenne deux fois plus que les autres : 400 F par habitant contre 200 F environ pour les autres départements. De plus, il semble qu'en 1994 les dépenses d'insertion aient augmenté en moyenne deux fois plus vite dans les départements les plus peuplés (44 % contre 23 %). ■

## Dépenses d'insertion

En milliards de F	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Revenu minimum d'insertion	0,2	0,7	1,3	1,8	2,1	2,9
Cotisation assurance personnelle (a)	0,7	1,4	1,8	1,8	2,1	2,6
Dépenses de soins (b)	1,9	1,8	1,8	1,8	2,2	3,2
Aide médicale (a+b)	2,6	3,2	3,6	3,6	4,3	5,8
<b>Ensemble insertion</b>	<b>2,8</b>	<b>3,9</b>	<b>4,9</b>	<b>5,4</b>	<b>6,4</b>	<b>8,7</b>

(France métropolitaine)





# La santé :

## se loger, se nourrir, se soigner...

**Un dispositif d'aide aux personnes très en difficulté s'est mis en place au fil des années. Que ce soit au niveau de l'accueil, de l'hébergement, de l'aide alimentaire, ou de l'accompagnement santé, l'objectif est toujours, au-delà du secours apporté, de recréer du lien social et d'aider à la réinsertion.**

### Se loger, se nourrir

#### Les centres d'hébergement et de réadaptation sociale

Les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) s'inscrivent dans un champ vaste d'intervention entre l'urgence et le logement. Ils sont à la fois agents et médiateurs d'une insertion pour des personnes en difficultés financières (chômage, RMI) et en difficultés psychologiques et sociales multiples liées aux ruptures personnelles, familiales et sociales.

Sept cents CHRS offrent environ 33 000 places d'hébergement pour des personnes admises à l'aide sociale avec des modalités d'aide à l'insertion extrêmement diverses consacrées au relogement, à la formation et à l'emploi, à l'accès à la santé et à la culture.

Les schémas départementaux des CHRS, mis en place à la suite de la circulaire 91/19 du 14 mai 1991 relative aux missions de ces établissements, mettent en lumière les difficultés liées au manque de solutions de logement, non ségréguées, abordables concrètement et financièrement pour des personnes et des familles dont les revenus sont faibles ou inexistantes (jeu-

nes sans emploi de moins de 25 ans, personnes endettées notamment du fait des changements de situation professionnelle et de ressources...).

Les plans d'urgence réalisés conformément à la loi sur l'habitat du 21 juillet 1994 marquent l'évidence des liens à réaliser entre le premier accueil des personnes en grande difficulté sociale, les solutions offertes en urgence et les divers acteurs favorisant le relogement et/ou l'insertion, passant parfois par l'utilisation des modalités d'hébergement et de logement transitoire (CHRS, associations bénéficiant de l'allocation de logement temporaire, foyers-logements, résidences sociales, sous-location, bail glissant...).

Parallèlement, la « loi Besson » du 31 mai 1990 qui vise à garantir le droit au logement a mobilisé les collectivités publiques et les partenaires privés et publics afin que soient développées les actions pour améliorer localement l'accès au logement et la capacité des ménages à se maintenir dans leur logement. Des outils comme le Fonds de solidarité logement, les prêts locatifs aidés très sociaux, les programmes sociaux thématiques s'inscrivent dans la dynamique des plans départementaux d'action pour le logement des personnes démunies.

Il convient, cependant, de poursuivre la création de places supplémentaires de CHRS dont beaucoup de départements sont peu dotés. Dans

le cadre de l'hébergement d'urgence émerge un public ayant besoin de l'appui d'une équipe de CHRS pour reconstruire un projet positif d'insertion sociale. Cinq cents places nouvelles ont été financées en 1995 et cinq cents autres sont prévues en 1996.

De plus, la modernisation des CHRS existants devient pour certains d'entre eux un impératif nécessitant des aides à l'investissement. Les ministères du Logement et de l'Intégration bénéficient en 1995 de moyens affectés à la rénovation du parc vétuste.

### Plan hivernal d'accueil des sans-abri

Depuis le milieu des années 80, les ministères sociaux soutiennent de façon croissante divers dispositifs visant à répondre à « l'urgence sociale » particulièrement durant la période hivernale.

Il s'agit d'abord de faire en sorte que toute personne sans abri puisse être accueillie et hébergée durant les nuits les plus froides. Mais il s'agit aussi, au-delà du secours apporté dans l'urgence, de recréer du lien social avec les personnes à la rue dans la perspective de leur réinsertion.

Face à l'augmentation des besoins, le plan hivernal d'accueil et d'hébergement s'est progressivement élargi : augmentation des capacités d'accueil, création de « Samu sociaux » dans les grandes agglomérations, ouverture de « Boutiques de solidarité », permanences médico-sociales, etc.

En cet hiver 1995, 12 000 places supplémentaires, dont 5 500 en région parisienne, ont été mobilisées. Compte tenu de la pression des besoins, une partie de ces places supplémentaires sont restées ouvertes au-delà de l'hiver.

Les plus gros besoins touchent à l'adaptation des structures d'accueil, à la diversité des publics (jeunes, femmes), leur rénovation, leur humanisation (formation des personnels, etc.).

### Les Samu sociaux

Il s'agit d'aller au devant des personnes sans abri et de leur proposer un hébergement. Suite à la création du « Samu social » de Paris, ce type d'équipement est en voie de généralisation dans les départements de la couronne et les plus grandes agglomérations de province. Près d'une

## Maladies et accidents liés aux conditions de salubrité des logements

Les problèmes de logement, au sens le plus large du terme, sont étroitement liés à l'exclusion. Les populations les plus démunies n'ont accès qu'à un parc de logements très dégradés, inadaptés à la taille des familles et dont l'insalubrité caractérisée devrait le plus souvent conduire à une interdiction d'habiter. Les conséquences sur la santé de ces populations sont multiples, peuvent s'avérer graves et, chez les jeunes enfants, présenter des atteintes irréversibles hypothéquant leur avenir. Parmi elles, on peut citer :

- l'intoxication par le plomb ou saturnisme chez l'enfant, due essentiellement à la présence de plomb dans les peintures des logements anciens. La dégradation des peintures entraîne la dissémination du plomb dans l'environnement. Les effets néfastes du plomb même à très faibles doses (altération du développement psychomoteur de l'enfant) et le diagnostic de cas partout où ils ont été recherchés auprès des populations à risque, ont conduit l'État à impulser une politique d'actions contre ce fléau, en encourageant notamment des programmes de dépistage.
- les intoxications par le monoxyde de carbone restent une des causes préoccupantes de mortalité (environ 200 cas par an) et de morbidité accidentelle dans la population. Elles sont dues le plus souvent à l'utilisation de moyens de combustion vétustes, mal entretenus, précaires ou inadaptés et s'expriment préférentiellement dans des logements abritant des populations démunies.
- les accidents domestiques frappent également lourdement les enfants, avec un risque accru lorsque les conditions socio-économiques et de logement sont défavorables.
- plus difficiles à décrire et à quantifier sont les atteintes psychosociologiques qu'entraîne un habitat insalubre. Elles ne doivent pourtant pas être négligées tant il est vrai que disposer d'un logement sain et favorisant le bien-être est un des éléments clés de la réinsertion d'un individu ou d'une famille en difficulté.

vingtaine de dispositifs analogues (« SOS Sans-abri » dans les Hauts-de-Seine, « Service veille sociale » à Lyon...) ont vu le jour.

Cet équipement ne saurait naturellement concurrencer le véritable Samu. Son intervention n'a qu'un caractère social.

## Les boutiques de solidarité

Ce sont des points d'accueil de jour. Au départ l'appellation « Boutique de solidarité » a correspondu à un label décerné par la Fondation Abbé Pierre.

Elle tend désormais à désigner toute structure où les personnes démunies peuvent trouver en permanence chaque jour de la semaine un accueil et divers services (boîtes aux lettres, machines à laver, douches, informations...). Une trentaine de structures de ce type existent au niveau national. Plusieurs sont en création à Paris *intra-muros*.

## Se soigner

### Le droit d'accès à l'hôpital

L'accroissement du phénomène de l'exclusion a provoqué pour l'hôpital public une très forte accentuation de son rôle social. Pour les populations concernées, il est le premier voire le seul contact avec un service public.

L'hôpital, à ce titre, est devenu un lieu privilégié où les plus démunis peuvent non seulement faire valoir leurs droits d'accès aux soins mais également l'ensemble de leurs droits sociaux. Cette situation a conduit nombre d'établissements publics de santé à se transformer en un lieu d'orientation et à travailler en relation étroite avec les autres organismes publics.

S'il était inclus dans ses missions d'accueillir les populations les plus démunies, l'hôpital doit néanmoins, pour remplir cet objectif, s'adapter afin de ne pas laisser pour compte les « exclus des exclus ».

L'accès de tous à l'hôpital garanti par les textes n'est pas toujours effectif. Le dispositif juridique est pourtant clair. L'accueil de toute personne est une obligation du service public hospitalier rappelée par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

En situation d'urgence, chacun doit être admis à l'hôpital lorsque son état le justifie. Hors les cas d'urgence, tout patient doit être examiné et des soins doivent lui être dispensés. Dans la première hypothèse, l'hôpital ne peut exiger une pièce d'état-civil ou des renseignements relatifs aux modalités de prise en charge avant de procéder aux soins.

## L'aide alimentaire

Depuis la création au milieu des années 80 du réseau national des banques alimentaires et des Restaurants du cœur, l'aide alimentaire apportée aux personnes démunies s'est considérablement développée. Elle était estimée en 1994 par le ministère de l'Agriculture à un milliard de francs environ, dont 228 millions de dons en provenance de la CEE, 240 millions correspondant à des achats de nourriture effectués par les associations, notamment le Secours populaire français, le Secours catholique, les Restaurants du cœur et la Croix rouge française et 572 millions de dons en nature collectés auprès des particuliers et des entreprises (grandes surfaces...). Dans un rapport récent Mme Joint-Lambert, inspecteur général des Affaires sociales, relevait que cette aide équivaut à l'alimentation d'une ville de deux à trois cent mille habitants. Les associations constatent une forte augmentation de l'aide distribuée dernièrement. Mais l'imprécision des données ne permet guère d'observer si le public bénéficiaire de cette aide, estimé à environ deux millions de personnes, s'accroît lui aussi sensiblement. Une chose est sûre : ce public dépasse celui des « exclus ». Une fraction de la population, aux revenus faibles ou modestes, recourt à l'aide alimentaire. Pour elle, cette forme d'aide s'apparente à un complément de ressources crucial. Qu'il s'agisse de la fraction de la population sans domicile fixe ou de familles aux revenus très modestes, l'aide alimentaire est devenue une nécessité.

Le don alimentaire peut être le moment d'un contact et ouvrir sur une perspective. Faute de quoi cette activité risquerait de n'être qu'une simple assistance. On observe parmi les associations qui distribuent l'aide alimentaire le souci grandissant d'assortir cette aide d'actions complémentaires (points accueil, aide à l'ouverture des droits, offre d'insertion). Ainsi les Restaurants du cœur se sont engagés dans une activité diversifiée dans le domaine du logement et dans la création d'« ateliers du cœur » et de « jardins du cœur ».

Pour mieux connaître le paysage de l'aide alimentaire, apprécier la pertinence des moyens mis en œuvre et la réalité des besoins, le ministère de l'Intégration et de la lutte contre l'exclusion a commandé cette année une étude au Crédoc. Les résultats de ce travail seront connus dans le courant du premier semestre 1996.

Par contre, pour une hospitalisation qui ne relève pas de l'urgence ou pour des soins programmés en consultation externe, l'hôpital peut demander les cartes d'assuré social ou d'aide médicale ou à défaut une provision en application de l'article R 716-9-1 du Code de la santé publique. Ce préalable ne devrait pas constituer un obstacle pour les personnes résidentes en France en situation régulière qui ont le droit aux prestations de l'assurance maladie (régime obligatoire ou assurance personnelle) ou à l'aide médicale. Il en est de même pour les personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière qui, si elles remplissent la condition de résidence et de revenu, peuvent prétendre aux prestations de l'aide médicale, prestations limitées aux soins délivrés et aux médicaments prescrits par l'hôpital si ces personnes sont résidentes en France depuis moins de trois ans.

Cette description rapide du droit positif conduit à deux conclusions principales. D'une part, toute personne qui a recours à l'hôpital est examinée et reçoit les soins que nécessite son état. D'autre part, toute personne résidant en France qui a fait valoir ses droits, doit pouvoir accéder à tous les soins hospitaliers sans que sa situation sociale ou financière constitue un barrage.

### Les obstacles d'accès à l'hôpital

Le phénomène de l'exclusion, le développement de la précarité et la complexité des démarches administratives ont montré que cet accès n'était pas aussi évident dans les faits qu'à la lecture des textes.

Il existe plusieurs facteurs d'inégalité d'accès aux soins hospitaliers qui battent en brèche ce principe.

Le premier de ces facteurs réside dans le comportement des personnes en situation de grande pauvreté qui, pour la plupart, ont perdu tout réflexe de recours aux soins. La diminution des soins de médecine générale en consultation externe et la difficulté d'accès à des soins spécialisés sans l'orientation d'un généraliste ont accentué ce phénomène. Geneviève Barrier a ainsi montré le nombre important d'exclus accédant à la médecine uniquement par les urgences dans un état catastrophique alors qu'ils auraient pu être soignés beaucoup plus tôt en soins ambulatoires.

## Tuberculose et précarité

De tout temps, tuberculose et pauvreté ont été associées. L'amélioration des conditions de vie a pesé pour beaucoup dans la décroissance de la maladie. La récente recrudescence de la maladie est sans doute en partie attribuable à l'infection à VIH, mais la dégradation des conditions socio-économiques y joue également un rôle. La concentration urbaine avec tous les problèmes de pauvreté et de promiscuité qui y sont liés est reconnue comme un facteur favorisant de la tuberculose. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, des enquêtes ont mis en évidence l'augmentation de la maladie dans les couches les plus défavorisées de la population et en particulier chez les sans-abri. En France, on ne connaît pas la fréquence de la tuberculose chez les personnes sans domicile fixe. Mais la tuberculose touche surtout les départements à forte concentration urbaine comme Paris, les Bouches-du-Rhône, le Nord-Pas-de-Calais. Paris présente les taux les plus forts de tuberculose, avec une incidence très élevée dans les quartiers défavorisés du nord-est de la capitale (BEH n°40/94). Les deux tiers des cas de tuberculose déclarés chez des personnes sans domicile fixe concernent les Bouches-du-Rhône et la région Île-de-France. Pour améliorer le dépistage et le traitement de la tuberculose chez les personnes en situation précaire, les dispensaires ont été autorisés par la loi du 18 janvier 1994 à assurer gratuitement le suivi médical et la délivrance des médicaments antituberculeux. La circulaire du 4 mai 1995 a défini les grandes orientations de la lutte contre la tuberculose. Les services départementaux sont chargés d'organiser des dépistages dans des populations exposées telles que celles qui sont accueillies dans des centres de réinsertion et de réadaptation sociale, foyers pour migrants et établissements pénitentiaires. Pour éviter la contamination d'autres personnes, tout cas de tuberculose contagieuse doit faire l'objet d'une enquête dans l'entourage du malade, surtout s'il vit en collectivité. Enfin la tuberculose devrait avoir sa place dans le schéma départemental d'accès aux soins des personnes les plus démunies.

► Pr Geneviève Barrier, *La prise en charge effective des urgences médicales*, Rapport au Premier ministre sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences, septembre 1994.

L'ignorance ou la méconnaissance des droits, l'absence de toute initiative pour effectuer une démarche administrative, la complexité et la lenteur des procédures constituent une seconde cause de l'inégalité d'accès aux soins.

Un troisième facteur est d'origine financière. La demande d'une provision pour accéder à une

consultation ou la remise d'une facture pour des soins effectués en urgence aux personnes en difficulté qui n'ont pas encore fait valoir leurs droits peuvent provoquer un découragement pour engager toute démarche ou y donner une suite.

Enfin, le paiement du ticket modérateur et du forfait journalier laissé à la charge du patient selon la nature de l'affection traitée et sa situation sociale constitue une autre raison de l'inégalité d'accès aux soins. En effet, un nombre croissant de personnes en situation précaire ont des revenus supérieurs au plafond qui leur permettrait de bénéficier de l'aide médicale mais insuffisants pour supporter les frais afférents à une mutuelle. Ce constat unanimement établi n'a pour l'heure entraîné aucune réponse efficace pour régler ce type de situation.

Hormis ce dernier cas, l'hôpital s'est efforcé d'apporter des réponses positives, avec l'aide des organismes concernés, aux situations des populations défavorisées.

### La nécessaire adaptation de l'hôpital

Des structures d'accueil ont été mises en place en application des circulaires du 17 septembre 1993 et du 21 mars 1995 relatives à l'accès aux soins des plus démunis. Ces dispositifs consistent en la délivrance de soins et de médicaments en consultation externe et en la mise en place de cellules administratives spécialisées.

Dans le premier cas, il est demandé au préfet de conclure des conventions avec les hôpitaux pour la délivrance de soins et de produits pharmaceutiques en consultation externe aux populations dont l'instabilité sociale et géographique rend vaine toute perspective de gestion suivie.

Dans le second cas, il est demandé l'implantation dans les locaux hospitaliers de cellules administratives d'accueil par convention avec le département, le conseil général, le centre communal d'action sociale, les organismes d'assurance maladie et, le cas échéant, les associations. Ces cellules ont pour mission d'aider les personnes en difficulté sociale dans leurs démarches administratives.

Près de 250 conventions ont, à ce jour, été signées. L'objectif de la circulaire du 21 mars 1995 est de généraliser ces deux types de convention à l'ensemble des hôpitaux afin que toute personne puisse à la fois accéder aux con-

## La convention DAS/FNARS

Les personnes en situation de grande précarité (notamment celles que l'on appelle communément les « SDF ») éprouvent non seulement des difficultés particulières pour accéder aux soins lorsqu'elles en manifestent la demande, mais encore sont souvent en prise à de telles difficultés de tous ordres que leur préoccupation pour leur santé passe au dernier plan. Pour permettre une avancée dans la résorption de ces situations, la direction de l'Action sociale a obtenu des crédits (15 MF) qui lui ont permis de passer une convention avec la Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (FNARS) pour soutenir des actions, mises en place dans les lieux d'accueil et d'hébergement d'urgence (y compris les lieux d'accueil à la journée). Ces actions sont de trois types :

- des permanences médico-sociales destinées à apporter une première réponse de soins aux personnes en difficulté, à les aider à faire valoir leurs droits et à réintégrer le système de soins de droit commun par un accompagnement médico-social personnalisé.
  - la création ou le maintien ouvert toute la journée, de lits d'hébergement, permettant aux personnes à la rue de recevoir les soins que nécessite leur état de santé (et qu'ils recevraient chez eux s'ils avaient un domicile). Ces « lits d'hébergement pour soins non hospitaliers » ne doivent bien sûr pas se substituer aux services hospitaliers lorsque l'état de la personne justifie une hospitalisation, ils doivent faire appel pour leur fonctionnement en priorité au réseau sanitaire de droit commun de l'environnement (médecins généralistes...).
- Seules de très petites unités sont concevables afin de ne pas dériver vers un établissement « médical » sous-équipé pour personnes en difficulté sociale.
- des actions plus globales de promotion de la santé : actions de sensibilisation-éducation, formation des personnels et des bénévoles intervenant dans l'accueil et l'accompagnement social, promotion des bilans de santé.
- Cette convention a permis de soutenir 36 projets, financés à hauteur de 4 788 550 F, pour un montant moyen de 133 095 F par projet. La majorité d'entre eux concernent les permanences médico-sociales.

sultations externes et bénéficier d'une aide visant à lui faire valoir ses droits sociaux.

Le rapport de la commission Lebas a ainsi montré que les premières antennes d'accueil ont permis à 30 % des malades soignés de retrouver une protection sociale dès la première consultation et que 40 à 60 % des patients

Jacques Lebas  
*Accueil des malades  
démunis à l'Assistance  
publique-Hôpitaux de Paris.*  
Novembre 1994



recupèrent, grâce au suivi social, leurs droits en quelques semaines.

Ce dispositif a été complété par des expériences menées localement soit pour faire face à des besoins géographiques précis, soit pour assurer encore une meilleure prise en charge des populations défavorisées. Ces expériences par les nouvelles réponses de santé publique qu'elles apportent sont extrêmement intéressantes et méritent d'être étudiées et évaluées en vue de leur éventuelle généralisation.

De nombreuses autres expériences plus ou moins similaires ont été mises en place. Toutes ces actions d'aide aux démunis ne peuvent aboutir à des résultats positifs qu'à la condition que la formation et la sensibilisation des personnels, qu'ils soient médicaux ou non médicaux, soient assurées.

L'accueil des plus démunis en milieu hospitalier fait partie intégrante de la mission de service public qui incombe à l'hôpital et qui relève de ses attributions historiques.

Il lui convient cependant d'éviter deux écueils.

Le premier serait la formation de ghettos dans lesquels seuls les plus démunis seraient présents. L'hôpital se doit de ne pas scinder son activité et la qualité des soins prodigués en fonction de la situation des patients. Le pire des maux serait la création de services voire d'hôpitaux spécialisés. Chaque hôpital doit offrir en lui-même un accueil adapté aux plus démunis.

Le second écueil à éviter est un fonctionnement autonome des structures hospitalières. L'exclusion ne sera vaincue pour autant que toutes les administrations agiront de concert. La nécessité de création de réseaux est une évidence et ce n'est qu'à ce prix que reculera ce fléau de notre société.

### Les réseaux de santé de proximité

Si l'hôpital constitue un élément central du dispositif de soins, il n'en demeure pas moins que les médecins généralistes sont, hors des situa-

## La circulaire du 21 mars 1995

Afin de mettre fin aux dysfonctionnements encore nombreux, la circulaire n° 9508 du 21 mars 1995 demande de réunir pour chaque département les principaux partenaires concernés par les questions d'accès aux soins et notamment le président du conseil général, les directeurs des organismes d'assurance maladie, les responsables des établissements assurant le service public hospitalier, les représentants des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, ainsi que des représentants des associations et organismes concernés par la santé dans le cadre des contrats de ville.

La concertation engagée doit permettre de procéder à un bilan de la situation dans chaque département en ce qui concerne la mise en œuvre de la réforme de l'aide médicale et le suivi de la protection sociale des plus démunis, ainsi que l'accès au dispositif de soins. Elle doit identifier également les initiatives prises localement dans ce domaine, ainsi que les carences du dispositif dans chaque département.

Sur la base de cette analyse seront mises en place, en collaboration avec les partenaires locaux, les réponses susceptibles de remédier aux difficultés constatées. La circulaire demande que soit élaboré pour le 1<sup>er</sup> octobre 1995, un plan départemental d'accès aux soins. Elle demande une vigilance toute particulière dans la mobilisation des réseaux de santé de proximité, sur l'accompagnement des jeunes, sur l'accès à l'hôpital, sur le rôle des centres d'hébergement d'urgence et des CHRS.

### Les centres de santé

Les centres de santé, anciennement appelés dispensaires, sont des structures agréées pour dispenser des soins médicaux, infirmiers ou dentaires aux assurés sociaux soit dans des centres polyvalents (548 centres) soit dans des unités séparées (350 cabinets dentaires).

Ils sont gérés pour la plupart par des municipalités, des mutuelles ou des associations de la loi de 1901. Ils remplissent une mission de médecine sociale sans but lucratif.

tions d'urgence, les professionnels de premier contact avec les populations en situation sociale fragile.

Plus de la moitié des médecins (51,5 %) sont des généralistes mais les effectifs de spécialistes augmentent plus vite. Près de 70 % de l'ensemble des médecins exercent une activité libérale, que celle-ci soit exclusive ou associée à une pratique salariée, en particulier à l'hôpital. Les médecins libéraux sont relativement plus nombreux dans le Sud de la France, à Paris et dans sa proche banlieue, l'offre de soins est néanmoins correcte sur l'ensemble du territoire.

La convention médicale de 1990 distingue :

- les médecins du secteur I qui doivent appliquer les tarifs conventionnels et dont les honoraires sont remboursés à 75 % par les régimes obligatoires de sécurité sociale,
- les médecins du secteur II qui peuvent pratiquer des honoraires différents toujours remboursés sur la base de 75 % du tarif conventionnel.

La question qui se pose face à une offre médicale abondante et souvent cloisonnée est d'assurer la fluidité de la demande sanitaire et sociale. C'est pourquoi face aux cloisonnements de toutes origines, la démarche dite en réseau apparaît de plus en plus nécessaire. Elle est encouragée par le ministère de la Santé depuis plusieurs années.

Il s'agit à partir des structures existantes de mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins. Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics démunis nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires, sociaux et préventifs. Deux journées de travail ont eu lieu sur ce thème des réseaux de santé de proximité. Les actes en sont publiés sous la forme d'un numéro spécial de la revue *Échanges santé social*.

► Circulaire DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993

► Circulaire DGS n° 88 du 1<sup>er</sup> décembre 1994

► Plan santé ville, Réseaux de santé de proximité. In *Échanges santé social*, n° hors série, septembre 1995.

## L'accompagnement santé

Qu'ils concernent des « publics » (les jeunes depuis 1982, les bénéficiaires du RMI depuis 1988) ou des « territoires » les dispositifs transversaux ont rendu visibles les difficultés d'accès aux soins et à la santé liées aux difficultés d'insertion sociale ou professionnelle.

Les professionnels de ces dispositifs travaillent depuis sur les liens entre santé et insertion. Le Dr Lasnes, responsable de la mission France de Médecins sans frontières, rappelle que l'accès aux soins n'est pas conditionnel. Contrairement à une idée communé-

ment répandue, l'insertion n'est pas liée à la santé d'une manière indéfectible. Pour cette raison, la relation de soins ne peut faire l'objet d'un contrat.

### L'exemple des missions locales

Le réseau des missions locales et des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) accueille annuellement 900 000 jeunes. Comme d'autres réseaux éducatifs, structures d'hébergement, associations locales, les missions locales ont acquis des compétences réelles dans la prise en compte globale des jeunes vers l'insertion.

Dans cet accompagnement, les structures sont confrontées, pour une partie de ce public, à des difficultés multiples : situations d'isolement, conduites d'échec répétées, vécus dépressifs, troubles physiques divers (dentaires, visuels, allergiques...). Certains manifestent leur violence, d'autres sont inhibés, quelques-uns ont été maltraités, ont des conduites à risque, d'autres sont en rupture familiale, à la recherche de solutions rapides...

Bien que la prise en compte globale des besoins des jeunes fasse partie des missions de ces structures, les professionnels sont confrontés à des difficultés qui dépassent le champ de l'insertion professionnelle. Les jeunes présentent un « mal-être » qui peut s'associer à des situations matérielles précaires et entraver toute perspective de projet.

Les réponses dans le champ de la santé, du social ou dans des champs ludiques, culturels, sportifs ou de la formation, sont autant d'entrées qui croisent l'écoute, la prise en compte des difficultés sociales, matérielles ou encore psychologiques.

Dans cette approche multi-focale et souvent multi-partenaire, la question de la continuité, de la cohérence des réponses, des orientations, est centrale. La mise en réseau des différents praticiens (insertion-santé-professionnel) en est une condition, mais pas la seule.

Les conditions d'accompagnement méritent d'être réinterrogées en partenariat ; elles traversent les dynamiques d'équipe : compétences et formation des praticiens de l'accompagnement (missions locales et partenaires de la santé) et les dynamiques interinstitutionnelles, diagnostic local, analyse des situations et besoins des jeunes, repérage des ressources locales, circu-

lation des informations, définition d'actions et de stratégies communes en direction de ces publics.

L'analyse des pratiques de l'accompagnement ou l'évaluation des actions permettent d'apprécier et de préciser les stratégies d'accompagnement et d'insertion pour ces jeunes en souffrance.

Le rôle de relais et l'approche globale des missions locales sont à concevoir comme une mise en cohérence des stratégies d'accompagnement vers l'insertion ou des réponses spécifiques comme la santé des jeunes les plus en difficulté, et non pas comme une juxtaposition de réponses parcellaires.

Cf. AdSP n° 7, juin 1993, les collectivités locales et la santé publique

## La santé dans les contrats de ville

Durant les IX<sup>e</sup> et X<sup>e</sup> plans, une trentaine de quartiers relevant d'un dispositif de la politique de la ville inscrivait un volet santé.

Pour la durée du XI<sup>e</sup> plan, les trois quarts des 214 contrats de ville comportent aujourd'hui un volet santé. Bien que les lois de décentralisation n'aient apporté dans le domaine de la santé que peu de changement dans les attributions de la collectivité de base qu'est la commune, cet échelon se montre très sensible aux effets de la précarisation sur la santé des populations.

Adossé aux politiques sectorielles des domaines d'intervention sanitaire et sociale, le

## Une souffrance qu'on ne peut plus cacher

À l'initiative de la délégation interministérielle à la Ville (Div) et de la délégation interministérielle au RMI (Dirmi) un groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » s'est réuni de novembre 1993 à fin 1994. Les travaux de ce groupe ont fait l'objet d'un rapport : *Cette souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Ce groupe était composé de représentants d'administrations centrales et de services déconcentrés, d'établissements publics concernés par le sujet, de professionnels de terrain et de chercheurs.

### Le problème traité

Un des effets des politiques transversales et territorialisées comme le RMI et la politique de la ville a été de rendre visibles des manifestations individuelles ou collectives de souffrance psychique. Cette souffrance est un phénomène mal identifié et non traité par les dispositifs sociaux et psychiatriques classiques. Il ne s'agit pas

pour les professionnels – du soin ou du social – de maladie mentale mais plutôt de la manifestation de souffrance liée aux situations sociales, aux conditions de travail ou de non-travail et à l'histoire des personnes. Or, l'intervention globale est peu développée entre le social et le sanitaire. Lier la santé et les déterminants sociaux avec le rôle et la place de chacun dans la cité souligne peut-être un début d'évolution des mentalités.

### Objectifs

Le groupe de travail a poursuivi un triple objectif :

- améliorer la connaissance et la compréhension de ces phénomènes de souffrance psychique des populations en situation de précarité ;
- mobiliser les institutions pour que ce problème soit pris en compte et que soit construit, à l'intersection des champs du social et du médical, un espace d'intervention commun ;

- repérer les lieux de collaboration existant déjà au niveau local ainsi que les nouvelles pratiques de prévention en santé mentale répondant au problème.

### Propositions

Le rapport propose des mesures d'intervention, d'évaluation et de recherche ainsi qu'une stratégie de mise en œuvre. Un protocole signé entre les délégations et directions concernées vise à mettre en œuvre ces préconisations. Un groupe de travail interadministratif placé sous la responsabilité de l'Igas coordonne un programme d'action en deux volets (soutien aux expériences développées et programme d'étude). Les conclusions de l'Igas seront remises d'ici fin 1996.

*Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Rapport du groupe de travail Div-Dirmi « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » présidé par le Pr Antoine Lazarus, rapporteur général, Hélène Strohl, Igas, rapporteurs Olivier Quéroül, Dirmi, Marguerite Arene, Div. Div-Dirmi, 1995.

cadre territorial des contrats de ville permet d'expérimenter à la fois des réponses coordonnées entre les ressources sanitaires et sociales et d'agir sur les facteurs ayant un impact sur la santé : éducation, culture, cadre urbain, vie sociale, transports...

Par ailleurs, depuis deux ans la mise en convergence d'objectifs communs au travers du « Plan santé-ville » a permis le soutien financier de réseaux de santé de proximité dont la plupart sont situés dans la géographie de la politique de la ville. Ces réseaux permettent de décloisonner les champs du sanitaire et du social en amenant les professionnels à conduire des actions collectives de santé publique destinées aux publics éloignés des institutions et du système de soins.

La promotion de la santé oblige à reconsidérer la place des patients. Ainsi à l'unité de prévention et d'éducation créée à l'hôpital de Dreux, pour assurer une continuité entre prévention et soins, on s'efforce de prendre en compte le malade, ses besoins au-delà du traitement de la seule maladie. À Rouen, une expérience de santé communautaire s'appuie sur les préoccupations de santé telles qu'elles sont exprimées par un groupe de mères de famille. À Béziers, le service communal de promotion de la santé anime un réseau sanitaire et social qui vise à mieux prendre en charge la souffrance psychosociale et à faciliter l'accès aux soins. Ces initiatives, outre la recherche d'aménagement et de coordination des ressources existantes, témoignent de la volonté de faire évoluer les pratiques.

L'implication des services administratifs déconcentrés, la place de l'hôpital dans la santé publique, le rôle des collectivités et la mobilisation des professionnels, des associations et des habitants sont au cœur des transformations du service public de santé à l'échelle locale. La proximité est un atout, le cadre contractuel de la politique de la ville permet de recentrer l'action sur le citoyen, son bien-être et sa place dans la cité.

### La prise en charge de la santé des allocataires du RMI

Le terme d'« agent de santé » est fort large. Il ne correspond pas à la définition d'une profession précise, car il ne se superpose pas à un profil professionnel déterminé. De fait depuis cinq

## Les publics précarisés et l'infection par le VIH

On est en face d'un double aspect révélateur des insuffisances de l'ensemble de la conception de notre appareil de santé publique.

### Sur le plan de la prévention

Difficulté d'insérer la problématique VIH dans un projet de vie déjà fortement occupé par d'autres aspects matériels, sanitaires, sociaux, psychologiques. Fort décalage de la nécessité de projection inhérente à toute prévention, avec les logiques de survie.

Nécessité d'une grande visibilité des outils de prévention : adresses utiles, distributeurs de préservatifs, échangeurs de seringues doivent intégrer les points de passage des personnes en situation de précarité : foyers d'hébergement d'urgence, bureau d'aide sociale, CHRS...

### Sur le plan de la prise en charge

Un certain nombre de droits fondamentaux sont à (re)conquérir : droit à l'information sur les soins (par les pairs notamment) passant par la diffusion des différents lieux de soins gratuits, par la possibilité de faire des choix entre ces lieux.

Le droit à la dignité suppose que soient bannis un certain nombre d'effets pervers :

- le visage public misérabiliste ;
- la prise en charge infantilisante se surajoutant à la difficulté de la déchéance physique ;
- le statut correct réservé aux personnes en situation de précarité uniquement parce que leur séropositivité est connue ;
- la création de « services sociaux spécialisés » qui étiquettent en tous lieux et tous domaines les séropositifs.

Il faut donc redoubler de vigilance pour que la précarité ne devienne pas le corrélatif de la séropositivité et symétriquement, que la séropositivité ne soit pas le nouveau moyen d'exister pour les personnes en situation précaire.

Commissions locales d'insertion (CLI)

ans, selon les départements et même selon les CLI, on voit divers types de professionnels être chargés de mission pour la santé des allocataires du RMI : des médecins généralistes, des médecins psychiatres, des psychologues, des infirmières, des diététiciennes, des conseillères en économie sociale et familiale, des éducateurs, voire des assistantes sociales... Dans la

période expérimentale actuelle il n'est pas question de trancher en faveur de l'une ou l'autre profession, seulement de repérer que les choix reposent sur des conceptions de la fonction à exercer et une caractérisation implicite des destinataires de l'intervention.

Les deux grands objectifs principaux sont d'une part de permettre l'accès des allocataires au système de soins et d'autre part de leur permettre d'atteindre une maîtrise satisfaisante des conditions de leur santé.

Le système de soins est entendu au sens large et complet du terme. Un accès effectif des allocataires qui en étaient éloignés suppose deux éléments :

- l'immatriculation « administrative » et la prise en charge « financière » des soins (mise en rapport avec les caisses et les mairies et obtention d'une couverture santé satisfaisante) ;
- mais aussi et plus encore la (re)mise en relation avec les « partenaires » adéquats du système de soins : professionnels du diagnostic et du soin, et il s'agit là de recréer une relation avec les médecins, infirmières et autres personnels paramédicaux, structures hospitalières, de bilan de santé, de centres de soins, etc. Ceci implique une familiarisation avec les lieux, les personnels, les rythmes et les usages qui prévalent dans cet univers.

L'agent de santé peut être amené à inciter les professionnels et les institutions à adapter leur mode de réalisation des prestations soignantes aux particularités socioculturelles des allocataires.

Se donner pour objectif de restaurer (ou d'instaurer) chez l'allocataire en difficulté avec sa santé, la capacité à assumer et gérer son état de santé amène à l'aider dans trois grandes opérations :

- la prise en compte de sa situation de santé, ce qui implique la prise de conscience, pour identifier ses difficultés, clarifier ses problèmes, repérer ses atouts et ses possibilités ;
- la sensibilisation à l'intérêt de gérer au mieux ses ressources de santé au service de ses projets de vie personnelle, ce qui suppose que ceux-ci puissent être formulés et poursuivis ;
- l'adoption des moyens adéquats à la promotion de la santé : réflexion sur les modes, les usages et les rythmes de la vie quotidienne, et effort pour les gérer de manière à faciliter la réalisation de ses projets de vie, examen des recours nécessaires ou utiles aux professionnels et aux structures de soins. ■

## La santé des étrangers sans papiers

La santé des étrangers sans papiers est à l'image de leur situation : précaire. L'accès aux soins se fait dans l'urgence et sans continuité, l'accès aux droits est très restrictif et l'accès à la prévention inexistant.

Un étranger sans papiers vit au quotidien la menace d'une interpellation et d'une expulsion qui interrompt une vie sociale et familiale tissée depuis de nombreuses années. Menace vitale pour des étrangers craignant pour leur vie dans leur pays d'origine (demandeurs d'asile n'ayant pu obtenir la carte de réfugié ou bénéficiant en France d'un traitement inexistant dans le pays d'origine pour maladie chronique). L'anxiété permanente engendre ou aggrave des pathologies physiques ou psychiques. Elle incite les patients à n'effectuer que les déplacements jugés indispensables. Le recours aux soins se fait dans l'urgence, avec diagnostic tardif, parfois à un stade avancé. La relation thérapeutique est fréquemment interrompue. Le praticien doit éviter les examens complémentaires qui multiplient les déplacements. Les pathologies chroniques (diabète, asthme, etc.) ne sont soignées que lorsqu'elles s'aggravent.

L'accès à l'hôpital est possible en cas d'urgence vitale, mais l'hospitalisation est très difficile à obtenir pour des affections évolutives graves comme le cancer et impossible pour des interventions dites de « confort » (catacacte, interventions orthopédiques, etc.). La prise en charge thérapeutique est coûteuse, pour le patient démuné et pour l'organisme de prise en charge, nécessitant plus de moyens en raison du retard de traitement. La complexité des pièces administratives à fournir et la dégradation du climat de confiance entre les administrations sociales (délation de certains agents) et les patients, rendent très aléatoire l'application des textes sur l'aide médicale. La prévention est inexistante sauf pour les enfants (PMI).

C'est l'étranger sans papiers, le plus marginalisé, le plus malade et ayant vécu le plus longtemps en France qui a le plus de difficultés à se soigner.



# L'apport des associations

**Les associations ont un rôle important dans la lutte contre les exclusions. Les écouter est essentiel. Elles témoignent des dysfonctionnements des systèmes sanitaires et sociaux tout en y participant.**

Union nationale  
interfédérale des œuvres et  
organismes privés sanitaires  
et sociaux (UNIOPSS)

Reconnaissant la diversité et les spécificités des modes d'intervention des associations, l'UNIOPSS situe leur rôle dans son document *Préoccupations prioritaires et demandes de l'UNIOPSS* (mai 1995).

Les 100 000 associations d'action sociale et de santé jouent un rôle essentiel en faveur de la cohésion sociale et dans la lutte contre les exclusions. Elles mobilisent, à côté des professionnels, des citoyens bénévoles qui ont la volonté de participer à l'organisation des réponses aux besoins sociaux.

Pour consacrer la dynamique associative, l'association doit être reconnue pour ce qu'elle est, au-delà de ce qu'elle fait, c'est-à-dire comme l'un des outils que se donne la société démocratique pour améliorer son fonctionnement et le sort de ses concitoyens.

## Exclusion plurielle, réponses globales

Pour Alerte, collectif de 14 associations humanitaires et caritatives ayant obtenu le label de grande cause nationale au titre de la lutte contre l'exclusion en 1994 :

- l'exclusion est plurielle : l'action de l'État contre la pauvreté et l'exclusion ne peut donc

se limiter à un domaine particulier ni à une loi, mais doit être intégrée dans toute politique nationale (économique, sociale, éducative, culturelle) ; elle ne peut pas se résumer à des mesures d'urgence, mais exige des réponses à long terme et une action durable ;

- l'exclusion se concrétise par l'inaccessibilité aux droits reconnus à tout citoyen : l'État a la responsabilité première de rendre effectif pour chacun l'accès aux droits existants. Il doit donc refuser de mettre en place des droits au rabais marginalisants, ou de s'enfermer dans une logique d'assistance. Les mesures générales ne bénéficiant qu'insuffisamment aux personnes les plus en difficulté, il est nécessaire de développer des dispositifs spécifiques leur permettant d'accéder rapidement et totalement au droit commun.

L'avis présenté au Conseil économique et social par Mme De Gaulle-Anthonioz s'appuie notamment sur l'audition de personnes concernées par la pauvreté. Les acteurs interrogés relèvent une absence de demande liée à une perte d'estime de soi dans des conditions de survie, à une méconnaissance de ses droits, parfois à des complexités qui empêchent les intervenants sociaux et administratifs de tenir pleinement leur rôle, quelle que soit leur bonne volonté.

Si les personnes pauvres se font assez fréquemment soigner à l'hôpital où elles n'ont pas à faire l'avance des frais, cette tendance semble régresser un peu car existent désormais de nouvelles possibilités de soins à domicile depuis l'amélioration de la couverture sociale. Cependant, les médecins de quartier n'ont souvent pas d'autres ressources que d'envoyer les enfants à l'hôpital, même pour une affection bénigne, s'ils craignent que les familles n'aient pas la possibilité d'assurer les soins.

► *Évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté, 11 et 12 juillet 1995*

L'association Médecins du monde souligne que l'arrivée dans la rue marque souvent l'échec de ces solutions intermédiaires. Qu'elle soit brutale ou plus souvent l'aboutissement d'un processus d'exclusion plus progressif, elle semble constituer un choc dont beaucoup ne se remettent pas, surtout s'ils y restent longtemps. Ils ne survivent alors qu'au prix d'un « réaménagement existentiel » qui risque de les condamner en quelque sorte à y rester.

L'avis du Conseil économique et social indique que les centres d'actions médico-sociales ont fait leurs preuves comme outil de prévention. La PMI est massivement utilisée par les familles interrogées, jusqu'à la scolarisation des enfants. Ensuite, faute de moyens, le service de santé scolaire, comme le Conseil économique et social l'a déjà souligné dans son avis du 13 juin 1990, n'est plus en mesure de remplir pleinement son rôle de prévention et n'assure un suivi que de façon irrégulière.

► *Protection maternelle et infantile (PMI)*

Le secteur associatif a pris une large part à la sensibilisation des professionnels de santé et des pouvoirs publics et s'est fait leur partenaire. Il faut mettre à son crédit un certain nombre d'initiatives innovantes, telle par exemple la formation de « femmes-relais » dans les quartiers défavorisés, qui font dans leur voisinage un travail considérable d'éducation, de détection et d'accompagnement. Ou encore l'association Reso qui fait appel aux praticiens libéraux pour assurer un accès aux soins et la distribution de médicaments de première nécessité. Il demeure que le secteur associatif n'a ni vocation ni désir de se substituer au service public de santé pour assurer l'accès aux soins des populations très démunies.

Le groupe des associations consultées par le Conseil économique et social a demandé que la protection sociale soit généralisée et harmonisée en prenant appui non plus exclusivement sur le seul lien que constitue le travail, mais sur la résidence et la citoyenneté.

## Des actions spécifiques

Les carences du système de soins classique ont entraîné des réponses comme l'ouverture de dispensaires par Médecins sans frontières (MSF) et Médecins du monde (MDM) ou plus récemment le Samu social.

L'État passe des conventions avec des grandes fédérations ou associations caritatives de solidarité qui mettent en œuvre diverses formes d'intervention à visée médicale et sociale ainsi que des actions plus globales d'information et de prévention de santé en direction des publics préconisés (MSF, MDM, Secours populaire, Secours catholique, Remède, Comede, Reso, FNARS, Entr'aide protestante...).

La circulaire du 17 septembre 1993 prévoyant la mise en place de cellules d'accueil spécialisées a permis à ces associations de proposer leur savoir-faire.

Médecins sans frontières (MSF) fait les recommandations suivantes pour la mise en place d'espaces précarité :

- la primauté du soin à la personne malade se présentant dans un service public ;
- le travail sur l'accès aux soins comme faisant partie intégrante du même service public ;
- la nécessité de l'existence de « sas » permettant à une population d'être soignée pendant un laps de temps nécessaire pour qu'elle réintègre l'ensemble du dispositif de soins.

Aujourd'hui, cette notion de sas paraît décisive dans le débat sur l'accès aux soins en France. Elle s'oppose au concept de structures spécifiques et se présente comme un dispositif intégré. Pendant dix ans, les organisations non gouvernementales ont joué ce rôle de sas, ce qui a permis d'analyser et de mettre en lumière les mécanismes de l'exclusion des soins. Quelles que soient les améliorations législatives, on ne fera jamais coïncider tout à fait le temps de la maladie, le temps du droit et le temps administratif. MSF a montré dans ses rapports d'activité que c'est précisément dans ces décalages et ces discontinuités qu'apparaissent les exclus des soins. Nous voyons aujourd'hui dans la mise en place des dispositifs précarité la reconnaissance par le système de soins lui-même de ses dysfonctionnements et de ses décalages.

Mais dans tous les cas, la responsabilité de l'État et le rôle des services publics ne peuvent être remplacés. ■



# Systeme de soins, systeme de sante et precarite **Quelles perspectives ?**

**La difficile prise en compte des problemes de sante des populations demunies met en cause la conception et l'organisation des soins dans le systeme de sante. La precarite pourrait-elle etre utilisee comme levier pour une reforme de ce systeme ? Des pratiques et orientations nouvelles emergent peu a peu pour tenter d'apporter des reponses alternatives au defi que represente la precarite.**

**C**omme on l'a vu tout au long de ce dossier, il est de plus en plus reconnu que les personnes en difficulte ne souffrent pas de maladies specifiques mais plutot d'une intrication de problemes medicaux, socio-economiques et psycho-affectifs :

- donner de la vie a un grand premature est une chose, soutenir et accompagner une jeune mere en detresse face a son enfant et a sa vie en est une autre ;
- soigner un ulcere en milieu hospitalier est une chose, parvenir a amorcer une demarche de soins et une reprise en main d'une vie en deroute avec un buveur excessif en est une autre ;
- soigner une personne sans domicile fixe pour un cancer ou des traumatismes multiples est une chose, lui donner des conditions decentes pour recuperer, se reposer, soigner une angine en est une autre.

Loin de s'opposer dans l'approche, ces quelques exemples qui ne sont que la partie visible de l'immense iceberg des souffrances multiples, montrent qu'on ne saurait s'accommoder des reponses partielles.

L'offre de soins, de prevention et de l'action

sociale est en cause. Si l'on considere la personne dans sa globalite, travail, logement et soins sont indissociables.

Ce n'est pas seulement la multiplicite, la complexite et les cloisonnements de l'offre de soins et de l'action sociale qui sont ainsi mis a rude epreuve par l'aggravation des inegalites face a la sante. C'est toute la conception et l'organisation des soins dans le systeme de sante qui sont en cause.

## **La precarite, le defi de notre epoque**

Les medecins, les professionnels du soin et de la sante, les travailleurs sociaux n'ont pas pour role de faire des miracles.

Mais meme en se situant dans le champ de la reparation, nombre d'entre eux mettent en oeuvre des demarches nouvelles en termes d'ecoute multidimensionnelle, de souci d'accompagnement et de suivi, d'efforts de reponses coordonnees....

Le travail en partenariat, en reseau ne sont pas des coups de coeur. Ils tentent de nouveaux



rappports entre professionnels et avec leurs publics et adaptent leurs pratiques face aux problèmes qu'ils rencontrent au quotidien. Ce n'est pas nouveau dans l'histoire notamment du champ socio-sanitaire.

Ce qui en revanche est nouveau même si nous n'en sommes qu'au début, ce sont les orientations récentes prises tant dans les milieux décisionnels qu'à l'université. Sinon, comment comprendre :

- le rapport *La Santé en France* du Haut Comité de la santé publique ;
- les circulaires du ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville appelant et soutenant financièrement « la nécessaire évolution des pratiques professionnelles pour of-

► Circulaires DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1<sup>er</sup> décembre 1994

frir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation voire de premiers soins pour assurer l'intégration de tous dans un dispositif de droit commun [...] » ;

- le dernier congrès de la Société française de santé publique tenu à Nancy en juillet dernier où les préoccupations autour des nouvelles tendances dans le champ des idées et des pratiques en santé ont dominé ;
- ainsi que les nouveaux cursus (DU, DESS, DEA...) proposés dans le cadre des formations universitaires.

À une échelle plus large, le seizième rapport sur le développement dans le monde 1993 produit par la Banque mondiale livrait déjà un

## Réseaux de santé de proximité

Journées d'études organisées les 13 et 14 mars 1995

*Les propositions, remarques prospectives des participants sont reproduites ci-dessous textuellement, nous avons souhaité garder leur formulation spontanée.*

### Nouveaux problèmes, nouvelles pratiques

- Le réseau est un outil indispensable, mais un outil pervers (contrôle social) nécessitant des objectifs clairs (donc évaluable)
- Il faut une nouvelle pratique des Ddass, vers une meilleure connaissance des actions de terrain et une nouvelle pratique des promoteurs de projets vers plus de lisibilité de leur action
- Il y a créativité et diversité sur le terrain. Existe-t-il un chef d'orchestre ?
- La participation des usagers, forme de renaissance du lien social, est un élément essentiel permettant de bouleverser le système actuel de santé – système de « *vérité de soins* »
- Une culture commune pluridisciplinaire nécessite le passage par des négociations interprofessionnelles
- Nouveaux problèmes ? La différence ne vient-elle pas de la façon dont ces problèmes s'expriment et la façon dont la société les appréhende ?
- Trouver des espaces-lieux, espa-

ces-temps, espaces-personnes qui puissent assurer une prise en charge globale, un accompagnement dans la durée

- Ne pas créer obligatoirement de nouveaux services (structures) mais partir de ce qui existe et mieux l'utiliser (ex. : rôle important de la PMI)
- Mise en réseau, mise en relation du sanitaire et du social, sans subordination
- Rôle des services de l'Etat : impulsion, programmation, coordination
- Difficulté pour mener de front la prise en charge individuelle et l'action collective

### Accès aux droits, accès aux soins, accès à la santé

- Nécessité d'un travail de proximité, de lieux d'écoute, d'interface, lieux d'expression et d'appréciation des besoins qui soient à distance des lieux de réponse
- Éviter à tout prix les effets pervers de certaines législations qui font apparaître de nouvelles populations exclues (ex. : les barèmes de l'aide médicale)
- Ce qui profite à une nouvelle catégorie d'usager, ne risque-t-il pas de desservir d'autres catégories
- Le paiement à l'acte est un obstacle à l'accès aux soins

- Nécessité d'aller à la rencontre des publics en difficulté
- Importance de la présence d'un médecin dans une dynamique de renforcement de l'accès aux soins. Importance tant pour le public concerné que pour l'équipe
- Nécessité d'une meilleure information des publics et des professionnels sur les ressources existantes en vue d'une utilisation plus efficace des potentialités
- Penser et développer des dispositifs de formations spécifiques, initiales et continues, pour les professionnels de tout niveau et les différents intervenants appelés à travailler ensemble auprès des publics en difficulté
- Globalement les moyens réglementaires existent pour répondre à la demande de soins, mais se pose aussi le problème des « *représentations* » que les professionnels et les usagers se font de la réglementation
- Trop grande tendance à confondre ce qui est visible et ce qui est réel ; la précarité quotidienne et la précarité médiatisée
- Faut-il aller au-delà de la demande ? Faut-il aller chercher au-delà de la demande de soins ?
- Gratuité ou non des consultations ? Mais on ne règle pas tout par la gratuité

diagnostic et des orientations « d'un type nouveau » appelant l'ensemble des pays qu'il classe autrement qu'à travers les vieilles dichotomies, « [...] à rendre les soins de santé accessibles à l'ensemble de la population [...] en investissant dans la santé publique et les services cliniques essentiels » qu'il définit dans la lignée des soins de santé primaire.

Ces constats ne sont pas spécifiques aux populations démunies. La question sociale et celle des inégalités devant les soins et la santé n'interrogent-elles pas tout le système de soins et de santé dans ses fondements d'équité et de solidarité ?

*« Je suis sans doute autorisé à dire que nous devons utiliser nos malheurs – la précarité, le sida – comme leviers pour faire bouger le système de santé. Il en a besoin [...] »* suggérait le directeur général de la Santé lors de l'ouverture des journées d'études consacrées au développement des réseaux de santé de proximité les 13 et 14 mars 1995 à Bagnolet.

Dans le même sens l'Organisation mondiale de la santé va jusqu'à la mise en garde contre ce qu'elle appelle « la bombe à retardement que constituent les inégalités en matière de santé [...] qui met en cause nos acquis dans le domaine de la santé au niveau mondial et dans chaque pays ».

### À problèmes nouveaux, réponses nouvelles

En réalité et c'est ce qu'indiquent les nouvelles pratiques et les orientations qui émergent, il s'agit pour ces populations en particulier et les populations en général :

- de promouvoir une approche globale, une offre intégrée et des actions de proximité ;
- de veiller à assurer une accessibilité pour tous ;
- de rechercher la participation des personnes concernées ;
- de réaffirmer le rôle de l'État, garant de la solidarité nationale.

Ces réponses ne se trouvent-elles pas dans l'esprit et souvent la lettre des stratégies intitulées : soins de santé primaire, santé communautaire, promotion de la santé, services cliniques essentiels et programmes de santé publique ?

Au-delà des intitulés, l'essentiel est de construire un minimum de consensus sur le fond, quelle qu'en soit la formulation. L'essentiel est

## La programmation stratégique des actions de santé

La programmation stratégique des actions de santé (PSAS) est une démarche de planification qui vise à développer, avec les acteurs concernés, des actions adaptées à la résolution de problèmes de santé reconnus prioritaires dans une région donnée : elle débouche concrètement sur un projet régional de santé. Trois partenaires sont étroitement associés : la direction générale de la Santé, l'ENSP, et la Drass de chaque région impliquée. Après l'Alsace, les Pays-de-la-Loire et Midi-Pyrénées, elle se développe, en 1995, dans sept autres régions et dans les départements de Seine-Saint-Denis et de la Réunion. La Haute-Normandie et la Seine-Saint-Denis ont retenu la santé-précarité comme thème en 1995. La PSAS a trois caractéristiques principales.

### Principes d'élaboration du programme et des projets

- Une prise en compte des besoins de la population, cette dernière étant au cœur du processus et devant pouvoir participer à l'identification des problèmes et à la recherche des solutions.
- Une approche globale de l'action de santé, portant aussi bien sur la prévention que sur la prise en charge (soins, suivi, réinsertion...).

- Une démarche multipartenaire privilégiant l'ensemble des acteurs (associatifs, hospitaliers, administratifs...). La PSAS doit permettre à l'ensemble des acteurs régionaux concernés par le problème de santé de se reconnaître dans les choix d'objectifs et d'actions retenus pour les années à venir.

### La volonté d'agir

C'est l'élément moteur des projets régionaux de santé qui reposent sur le postulat, admis par les différents acteurs, qu'il est possible par une action concertée, d'améliorer de façon significative l'état de santé de la population régionale et de contribuer ainsi aux grands buts proposés au niveau national (cf. *La santé en France*, rapport du Haut Comité de la santé publique).

### Une démarche rigoureuse centrée sur les acteurs

La PSAS débute par une analyse minutieuse du problème de santé et sa validation par les acteurs régionaux, départementaux et locaux. C'est sur la base de cette analyse, et de la mise en évidence des points forts et des points faibles que sont élaborés et validés les objectifs. La concertation des acteurs à tous les niveaux du projet est essentielle.

que face aux problèmes multiples et complexes que soulève la santé, à l'épreuve des processus de précarisation, devraient prévaloir des choix à la hauteur des nouvelles exigences. ■

## Les municipalités et la santé publique, un champ d'action politique local réinvesti

L'investissement du champ de la santé publique par les municipalités est à l'ordre du jour. Les transformations sociales qui traversent la société entraînent des évolutions des besoins de santé des populations urbaines qui amènent à reconsidérer l'organisation et le fonctionnement du système de santé au niveau local. La précarisation d'un nombre important de personnes constitue un facteur structurant l'évolution des besoins, à travers lequel nombre de municipalités (ré)investissent ce champ.

Les résultats d'un travail de recherche visant à préciser la place occupée par la santé dans l'action des 235 municipalités de plus de 30 000 habitants (France métropolitaine et DOM), permet de faire ce constat. Le rôle qu'elles sont ainsi amenées à jouer en matière de santé, pourrait conduire à une révision de la place qu'elles occupent à l'intérieur du dispositif de santé publique. À travers les préoccupations et formes d'intervention des villes aujourd'hui, on peut aussi percevoir l'émergence de formes d'intervention atypiques en santé publique, qui pourraient indiquer des évolutions de fond du champ de l'action sanitaire au niveau local.

### Résultats d'enquête

Parmi les 113 (soit 48 %) villes ayant répondu à l'enquête, 77,9 % déclarent avoir un délégué politique à la santé qui, dans 53,1 % des cas, a le statut d'adjoint au maire. Parmi les 77 villes ayant un service de santé, 28,3 % agissent avec les moyens classiques (service communal d'hygiène et de santé), mais 39,8 % disposent d'autres moyens d'intervention. Les problèmes de santé perçus par

les municipalités, et qui les amènent à agir, sont fortement corrélés à la dégradation des conditions de vie d'un nombre croissant de leurs administrés : les trois principaux problèmes de « santé » perçus localement, sont les mêmes pour la majorité des villes répondantes (indépendamment de la taille, la localisation géographique ou l'orientation politique dominante au moment de l'enquête). Dans l'ordre, elles sont d'abord préoccupées par les effets de la pauvreté sur la santé (22,2 % des réponses), ensuite par l'extension alarmante de l'alcoolisme (17,9 %), et enfin par la santé des jeunes (11,3 %). Cette perception atypique, éminemment politique, ne trouve pas toujours de réponses suffisamment adaptées dans le modèle d'intervention sanitaire dominant (qui a beaucoup de mal à prendre en compte les déterminants sociaux sur la santé, aussi bien en termes de causalité que de réponse), et conduit à la recherche et au développement de nouvelles formes d'intervention, dans lesquelles les municipalités occupent une place particulière. En effet, les réponses les plus adaptées semblent nécessiter une réduction des distances et une meilleure cohérence des acteurs et des moyens mobilisés sur la santé, qu'elles seules sont en mesure d'orchestrer avec légitimité : bénéficiant d'une image qui leur reconnaît un rôle de garants de l'accès aux services publics de proximité, n'ayant pas des compétences particulières en matière de soins, et gérant souvent les services d'aide sociale, les villes apparaissent idéalement placées pour agir sur la santé, au carrefour du sanitaire et du social. Parmi les actions à développer en priorité,

40 % des 73 villes ayant répondu à cette question pensent qu'il faut développer le partenariat entre acteurs sanitaires et sociaux, 24 % qu'il faut améliorer l'information du public sur la protection de la santé, et 21 % qu'il faut développer les actions de prévention.

### Des stratégies atypiques

La mise en pratique de ces orientations conduit les municipalités à définir des stratégies également « atypiques », en situant le centre de gravité hors des institutions sanitaires classiques, au niveau de la société civile, et des agents situés à l'interface de ces deux niveaux. En effet, elles considèrent que les principaux acteurs susceptibles d'agir sur les problèmes perçus sont d'abord la population (38,9 % des réponses), ensuite les médecins généralistes (34 %), les associations et les pouvoirs publics (24 % respectivement). Les élus semblent de plus en plus conscients de la portée politique de ces enjeux, et peu à peu investissent le champ de la santé, même si celui-ci ne leur apparaît pas toujours clairement délimité (ce qui est un facteur de blocage pour faire partager l'intérêt auprès de ses pairs). Cette prise de conscience semble se faire de manière progressive (11 % des villes déclarent avoir besoin de « définir une politique de santé municipale »), *a posteriori* des actions novatrices sont réalisées de manière plus ou moins expérimentale, souvent dans le cadre des dispositifs créés par les nouvelles politiques publiques (particulièrement par le biais de la politique de la ville – 79 % des villes appartiennent à la géographie DSU – du RMI et des dispositifs d'aide aux jeunes en difficulté).

# La santé oubliée

**S**ource de désordres sociaux, la maladie appelle une politique de santé publique qui exige la mise de côté des idées purement libérales et, après la Libération, les lois sociales ont obéi à un mouvement philosophique de transformation de la société. Dans le modèle biomédical, la santé est définie par opposition à la maladie, de sorte qu'un de ses déterminants privilégiés est le système de soins et l'accès à celui-ci. Pour sa part, l'OMS la définissait en 1946 comme « un état de complet bien-être physique, psychique et social » : elle la concevait ainsi comme l'adaptation de l'individu à son environnement et mettait l'accent à la fois sur les données sociales et économiques individuelles (revenus, logement, support social...) et les déterminants biologiques collectifs et socio-économiques (facteurs nutritionnels, conditions de travail, cadre de vie...). Par une telle définition, on glissait de la notion de « droit aux soins de santé » à celle de « droit à la santé ». En même temps s'installaient trente années d'abondance, y compris dans le domaine de la consommation médicale.

En 1984 émerge dans notre pays ce qui sera appelé « la nouvelle pauvreté » ; deviendront ensuite de plus en plus nombreux ceux qui, « précarisés » par la crise économique, sont obligés, pour boucler leur budget, à des abandons progressifs. Le recours aux soins diminuera alors même que se dégradent les conditions de bien-être. C'est pourtant en 1984 qu'un

premier rapport sur la santé en France définit concrètement celle-ci pour chaque individu comme « la capacité à vivre normalement au sein de son environnement social et familial » : au moment où la société devrait faire son examen de conscience, il est frappant de constater que la santé s'apparente à un capital privé.

Logiquement, ce qui apparaissait comme le cœur du système de santé est alors rejeté pour son caractère bureaucratique. Certains patients, qui devraient pouvoir bénéficier du système collectif d'assurance, ne font plus les démarches nécessaires et refusent désormais les humiliations qui les accompagnent. En effet, c'est une situation nouvelle pour ces populations qui commencent à se marginaliser dans cette « nouvelle pauvreté » et qui refusent l'aspect « charité » d'une société qui les a connus « à l'aise », en bons consommateurs du système de santé « sans limite ».

## Une médecine à deux vitesses

Commence alors une évolution insidieuse vers un monde médical à deux vitesses et se mettent en place les différents accueils associatifs (Remède, MSF, MDM, etc.) pour une population qui n'a plus, en fait ou en droit, accès au système de soins traditionnel.

Le paroxysme de cette société d'exclusion et de charité sera atteint par les

accueils spécifiques mis en place par les villes et l'État (du type « Samu social ») qui se rapprochent des éloignements médiévaux des pestiférés.

Il faut rappeler ici que seuls, dans notre société, les salariés réguliers en exercice et les chômeurs indemnisés de plein droit ont une protection sociale quasi automatique. Dans de nombreux autres cas (artisans, commerçants, professions indépendantes et libérales) la protection sociale dite « obligatoire » est un acte financier volontaire ou est liée à un minimum d'heures de travail qui ne dépend pas de la seule volonté de l'individu (artistes, intermittents du spectacle...). Enfin dans d'autres (RMI, étudiants étrangers, étudiants de plus de 26 ans, etc.) elle dépend d'une démarche volontaire et est soumise à un prélèvement soustrait d'une indemnisation déjà tenue ou à une cotisation volontaire.

Dans tous les cas, l'assurance maladie « courante » ne couvre qu'une partie des frais médicaux et paramédicaux. Il est donc nécessaire de souscrire une assurance complémentaire privée ou mutualiste, payée directement par l'assuré, en plus de sa cotisation « sécurité sociale ». De plus, l'ensemble de ce système (sécurité sociale et assurance complémentaire) ne dispense pas de l'avance des frais. Cette dispense ne peut avoir lieu que dans des cas précis et limités : prise en charge à 100% (exonération du ticket modérateur) et accord institutionnel (hôpital,

dispensaires, pharmaciens sous certaines conditions), établissements mutualistes pour leurs « ressortissants », accords de « tiers payant délégué » signés par certaines caisses d'assurance avec certains professionnels de la santé mais actuellement remis en cause par différentes CPAM.

En outre, des innovations récentes en matière de politique de santé pèsent sur l'individu : moindre remboursement de certains médicaments, remboursement forfaitaire des consultations, instauration d'un forfait hospitalier régulièrement réévalué.

Il est alors facile de comprendre que le recours aux soins soit de plus en plus tardif et que les pathologies rencontrées soient, de ce fait, plus sérieuses. Il n'est pas rare de voir les patients « trier » leurs prescriptions en fonction du taux de remboursement...

Par ailleurs, si les soins de santé ne sont pas obligatoires, il existe des systèmes d'alerte : ils sont liés au travail, à la petite enfance, à la scolarisation, voire à la qualité d'assuré social (bilans de santé des caisses d'assurance maladie). Mais manquent toujours les médecines du chômage et de la retraite (surveillance à long terme des métiers exposés), tandis que le suivi des PMI s'arrête dès l'âge de 8 ans, que le nombre de médecins scolaires diminue et que les convocations aux bilans de santé ne sont pas systématiques.

Enfin, il a toujours existé deux domaines strictement soumis à la loi du marché et aux ressources de chacun : les soins dentaires, et particulièrement les travaux de prothèse et d'orthodontie (sauf pour les enfants de moins de 12 ans), les corrections visuelles dont la couverture est faible (sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou les corrections de troubles graves chez l'adulte).

À une période où les inégalités sociales progressent dans notre pays, on assiste à un « décrochage » d'une fraction importante de la population, tant dans le domaine de l'assurance que dans celui de la médicalisation.

Les différentes enquêtes effectuées par l'Insee confirment une évolution dangereuse entre les années 1980 et 1991. L'inégalité de recours au médecin selon

le revenu par unité de consommation, avec une disparité marquée pour les spécialistes et les praticiens du secteur II, a augmenté, y compris pour les salariés. On peut signaler une franche différence (du simple au double) entre les ouvriers/agriculteurs et les cadres supérieurs dans le recours aux praticiens « à honoraires libres ».

### Dégradation de l'accès aux soins

La disparité est encore plus criante pour les soins dentaires : par rapport à la moyenne de la population, il existe une nette prédominance des cadres supérieurs, les professions intermédiaires étant très loin derrière et les autres professions totalement distancées avec une progression négative notoire des ouvriers et métiers agricoles.

En parallèle à ces statistiques, on sait que l'extension de la couverture complémentaire n'a pas touché les couches les plus pauvres de la population. Le groupe d'individus n'en bénéficiant pas est caractérisé par une double sur-représentation : ouvriers, surtout non qualifiés, et chômeurs.

À côté de cette progression des inégalités à la fois d'assurance et de recours aux soins, proportionnellement aux revenus des ménages, les statistiques mettent également en évidence une inégalité de l'espérance de vie au détriment des catégories professionnelles les moins qualifiées.

Une dégradation des conditions d'accès aux soins des populations « précarisées » ne peut qu'aggraver ces évolutions, dangereuses tant pour la santé immédiate de chacun qu'à terme pour la santé publique.

En conclusion, l'exclusion n'est pas seulement la vision d'individus clocharisés vivant en errance, nourris de soupes populaires et soignés dans des structures spécifiques.

C'est aussi la mise à l'écart d'une partie de la population qui ne correspond pas à une définition misérabiliste. C'est l'aggravation de la morbidité de cette population par une mauvaise hygiène ali-

mentaire, une absence de soins préventifs, la survenue de troubles occasionnés par un mauvais état dentaire chronique, le renoncement à une surveillance médicale régulière et la non-observance des traitements du fait de l'absence de couverture complémentaire.

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille » dit en 1948 la Déclaration universelle des droits de l'Homme (article 25), et notre Constitution de 1958 reconnaît « le droit à la protection sociale ». L'objectif « santé » est ainsi inséré dans l'universalité des droits, en vue d'une véritable cohésion sociale. Ce qui condamne les mesures trop spécifiques dont l'effet pervers est une stigmatisation objective et subjective avec risque d'auto-exclusion.

Prévenir et soigner est un but qui dépasse les simples critères de gestion pour s'inscrire dans une vision solidaire de respect de l'Homme. Ne pas seulement déclarer des droits formels, mais assurer les droits réels, est de la responsabilité de l'État qui, ayant en charge la santé individuelle et collective, doit agir sur les facteurs socio-économiques et mettre en œuvre les politiques globales de santé publique qui sont nécessaires.

Pour que la précarité cesse d'être un risque pour la santé et pour que chacun vive de droit et de dignité, non d'assistance et de charité, il faut assurer à tous un accès égal au système de soins. Il y a là un enjeu de santé dont on ne peut nier les aspects collectif, institutionnel, législatif et financier. ■

**Catherine Basin**, Médecin  
**Monique Hérold**, Biologiste  
Commission santé/bioéthique  
Ligue des droits de l'Homme

# Santé—précarité

## Notice d'utilisation

**C'**est plus l'application que la conception d'une politique de santé publique en direction des populations en situation de précarité qui pose problème. Personne, en effet, ne dénierait la nécessité d'œuvrer à supprimer la différence d'espérance de vie entre les exclus et les nantis. Il me semble nécessaire cependant de dresser quelques mises en garde contre une action trop technocratique ou au contraire trop naïve. Car les limites sont fragiles entre une politique de santé publique ciblée en direction des populations en situation de précarité et un renforcement d'un contrôle social, dont, sous prétexte de montée de la crise, on a un peu trop oublié les dangers très réels.

Parler de santé et de précarité oblige à définir des indicateurs de qualité de vie et de bien-être. Cette problématique qui tend à relayer celle plus classique du changement social peut fournir une méthodologie permettant de renouveler des politiques sociales essoufflées.

### Du social à la santé : un thème complexe...

Une politique de santé publique en direction des populations précaires ne peut se cantonner au problème de l'accès aux soins.

Le problème le plus urgent est bien sûr celui de l'accès aux soins ; il n'est pas encore réglé et la tentation de construire des systèmes de droits spécifiques pour ceux qui n'entrent pas dans les catégories définies par l'emploi ou le lien familial, subsiste, ne serait-ce que parce que la complexité a toujours fortifié le pré carré des administrations.

Mais on possède, si l'on est de bonne foi, tous les éléments pour permettre à tous un accès égal aux soins : on peut généraliser le droit à l'assurance maladie sous seule condition de résidence et faire gérer une prise en charge du ticket modérateur sous conditions de ressources par la sécurité sociale.

Le second problème, en termes de soins et de prévention est celui de l'adaptation de notre système de santé aux conditions de vie des personnes : plus que de services et d'équipements spécialisés, tels ceux développés dans une optique de médecine sociale au début du siècle, il s'agit plutôt de diversifier les moyens d'intervention en fonction d'une analyse des besoins, qui doit être effectuée lieu par lieu.

Ces deux démarches, l'accès aux soins et l'amélioration du système de santé, restent dans le domaine du système de santé. Il est une troisième approche de santé publique qui vise à répertorier l'ensemble des déterminants de la santé, notamment les conditions de vie, et à œuvrer pour leur modification. Il me semble qu'il convient cependant de conserver toujours une démarche pragmatique, d'analyser secteur par secteur les déterminants de la santé et les améliorations possibles, plutôt que de construire un système d'explication global, très satisfaisant, mais inefficace.

### ...un thème dangereux

Quand on traite de la santé des populations en situation de précarité, il y a toujours un risque de les instrumentaliser. En effet, il y a des raccourcis dangereux et notamment

ceux qui, d'une analyse de corrélations voire de causalités tireraient un mode d'action : parce que les personnes en situation de précarité plus que d'autres seraient dépendantes des drogues légales et illégales, il est tentant de réduire une politique d'amélioration de la santé des personnes en situation de précarité à l'éradication de ces fléaux. Mathématiquement, épidémiologiquement, on a peut-être raison ; sans doute pas d'un point de vue pragmatique, politique ou éthique.

Car c'est confondre un type de mesure de l'état de santé et cet état lui-même que de viser avant tout le rallongement de l'espérance de vie moyenne par catégorie socio-professionnelle. « Éliminer les morts prématurées évitables n'est pas supprimer les conditions de vie dégueulasses ; rallonger l'espérance de vie n'est pas redonner de l'espoir à ceux qui n'en ont pas d'autre que de jouer au loto » (J.-M. Belorgey). En tous cas, il n'est pas admissible d'avoir une conception si étriquée de la santé que le bien-être physique, psychique et social ne se traduirait que par un indicateur de beaucoup vivre, jamais de bien vivre, que toute mort serait acceptable, même la plus dure individuellement et collectivement, à condition qu'elle intervienne, en moyenne, toujours plus tard.

D'un simple point de vue de santé, il faut donc qu'un travail de réflexion en amont nous aide à produire des indicateurs de qualité de vie et de mort plus efficaces heuristiquement que le simple comptage de l'âge moyen des décès. Sans parler d'une définition des populations en situation de précarité plus fine que celle donnée par les

catégories socioprofessionnelles, qui tiennent compte du fait que l'exclusion est plus un processus d'interaction entre les caractéristiques d'individus et les conditions de vie de leur environnement social et économique qu'une catégorie sociale.<sup>1</sup>

## La fin des grandes utopies

Définir une politique de santé publique pour les personnes en situation de précarité doit être fait avec précaution, aussi parce que ce thème sert actuellement d'alibi à l'incapacité des politiques sociales à s'adapter aux nouvelles conditions sociales.

Je pense que l'accentuation par les politiques sociales de la thématique de la santé est d'une certaine manière une tentative de reconstruire un mythe acceptable pour le secteur social : les concepts de bonne santé, d'hygiène de vie, les objectifs quantifiables d'accès à un statut social, d'amélioration d'indicateurs cliniques sont sans doute plus efficaces pour mobiliser hommes et crédits que les concepts flous qui tournent autour de l'insertion.

Ce sont aussi des objectifs plausibles, plus en tous cas que l'insertion professionnelle : « buvez moins ou faites vous immatriculer à la sécu » plutôt que « cherchez un emploi, il n'y a pas d'emploi, cherchez un emploi... »

Ce n'est pas anodin cependant de remplacer des objectifs idéologiques par des indicateurs épidémiologiques :

- c'est accorder un crédit démesuré aux enquêtes et autres sondages dans lesquels on apprend régulièrement que les exclus se sentent en moins bonne santé que les personnes bien insérées socialement et professionnellement ; comme si les pauvres quand ils sont sondés n'avaient pas une conscience très forte de la représentation qu'ils se donnent et nous donnent et notamment du fait qu'on admettrait assez mal socialement qu'ils nous disent qu'ils sont très heureux de ne pas travailler, qu'ils sont en excellente forme physique et mentale, qu'ils jouent au loto et au PMU leurs allocations et boivent et fument le reste ;

- c'est tout simplement remplacer un objectif révolutionnaire par un objectif technocratique, les deux fonctionnant sur le même schéma dans lequel ce sont des experts, une avant-garde ou des scientifiques qui disent quel est le bien pour les autres.

## Une approche communautaire

Il me semble qu'on peut continuer à travailler sur le thème de l'amélioration de la santé des populations en situation de précarité, à condition d'avoir de la santé une conception à la fois large et ciblée : large, au sens de la définition de l'OMS, d'un état de bien-être physique, psychique et social et ciblé au sens où ce bien-être s'appréciera selon des critères qui seront différents selon les communautés et que les modes d'intervention seront définis en conséquence.

Alors ce thème pourra inspirer un renouvellement de la démarche à l'œuvre dans les politiques sociales, de manière à prendre en compte le fait que c'est plus le lien communautaire qui est facteur de cohésion sociale que le lien sociétaire ou, pour le dire autrement, que les solidarités de proximité reprennent une importance très grande par rapport à la solidarité nationale, souvent abstraite et dispensée selon une logique d'assistance.<sup>2</sup> Pour le dire encore autrement, s'inspirer de la démarche à l'œuvre en santé communautaire pour définir les politiques sociales (qui auront d'ailleurs un impact très grand sur l'état de santé des personnes), c'est renoncer au modèle avant tout juridique, généralisateur et basé sur une aide exclusive à l'individu.

Car il n'est plus le temps où tout le monde souhaitait et pouvait espérer obtenir un travail mieux rémunéré que celui de son père, fonder une famille stable et devenir propriétaire de son logement ; il est dangereux de faire comme si le plein emploi était un horizon réaliste, comme si un divorce ne guettait pas un mariage sur trois et de définir pour les autres une insertion en papier.

## Une nouvelle méthodologie pour les politiques sociales

Au fond, plutôt que d'espérer que la problématique santé-précarité va améliorer les conditions de vie des personnes en situation de précarité, parce que les objectifs d'amélioration de la santé seraient plus importants que les objectifs de changement social, je pense que son introduction peut d'abord changer les méthodes selon lesquelles on conçoit et développe les politiques sociales.

Et notamment de développer un schéma dans lequel les professionnels sont tenus à une obligation de moyens et non de résultats.

Ceci d'une part parce qu'il est impossible de certifier des résultats aussi improbables que l'insertion professionnelle ou même sociale, le niveau de formation et sa valeur sur le marché du travail etc. mais aussi parce que ce qui importe, ce sont les processus à l'œuvre plus que leur finalité ; enclencher une dynamique plutôt que construire une situation.

Donner des obligations de moyens, et non de résultats est aussi ce qui nous prémunira des dangers du contrôle social : pas d'injonction aux soins ni au travail, pas d'obligation de formation ou d'insertion, pas de mode de vie obligatoire. mais une obligation pour la société d'offrir des possibilités multiples d'entrée.

L'approche en termes de santé et de précarité permettra sans doute si on prend garde à ne pas en faire une politique globalisante, où se combattraient les impérialismes des professionnels du social et du sanitaire, de dépasser le modèle de l'expert tout-puissant : le médecin qui définirait le bien-être pour tous comme le travailleur social ou le technocrate qui sauraient quels doivent être les objectifs de l'insertion pour les exclus.

L'expert ne peut être là qu'au service d'un processus participatif où les usagers mènent avec son aide les phases d'investigation, de diagnostic, de protocole et d'évaluation.<sup>3</sup>

À condition cependant de ne pas accorder à la parole de l'expert plus de crédit que les indiens Guyaki n'en faisaient à leur chef.<sup>4</sup> ■

1. Nasse Ph. *Exclus, exclusions, connaître les populations, comprendre les processus*, rapport pour le Plan, La documentation Française 1992.

2. La définition du lien communautaire tel qu'il fonctionne aujourd'hui, in Maffesoli M. *Le Temps des tribus*, Le Livre de Poche, 1992. *La Transfiguration du politique*, Le Livre de Poche, 1995. Voir aussi, Xiberras M. *Les Théories de l'exclusion sociale*, Méridiens Kliensick, 1993.

3. Bass M. *Promouvoir la santé*, L'Harmattan, 1994 dans lequel on a une approche théorique et pratique des problèmes de santé et des problèmes sociaux tout à fait novatrice.

4. Clastres P. *La Société contre l'État*, Minuit, 1974. *Chronique des Indiens Guyaki*, Plon, Terre Humaine, 1972.

**Hélène Strohl**

Inspection générale des affaires sociales

# Misère de la connaissance

## Pour une stratégie du soin social

**P**our une société fortement marquée par l'idéologie des droits de l'homme et qui a l'ambition de garantir à tous l'accès à quelques droits fondamentaux, l'énoncé d'une probable influence des situations de précarité sur la santé est difficilement acceptable pour le public. Il suscite, au moins inconsciemment, les réflexes classiques de défense. En premier lieu, l'inégalité des chances est inhérente au phénomène humain ; en second lieu elle n'est supportable que parce qu'elle est provisoire et en tout cas combattue par des mécanismes qui en corrigent les effets et en limitent l'amplitude. Une telle réponse, dans sa simplicité idéologique est insuffisante du point de vue pratique. Il serait tentant aussi, voire aisé, d'induire de l'analyse des textes législatifs et réglementaires, très prolixes et clairs en la matière, l'idée que la société a pris pleine conscience de la réalité, de l'importance et des enjeux du phénomène et pris la mesure des changements, que la recherche de solutions appelle, sur le système social dans son ensemble.

La chaîne qui conduit de la connaissance observée, analysée, structurée, à la décision de mise en œuvre d'un arsenal opérationnel adapté et modulé, testé, validé et aux effets mesurables est loin d'être acquise pour le sujet qui nous préoccupe.

L'observation de l'évidente répercussion des situations de précarité, dans ses différentes dimensions sur les dérèglements du comportement social, affectif et sur l'état de santé physique et psychique des sujets est d'abord une expérience individuelle. Elle est au cœur de la démarche clinique et thérapeutique à laquelle le respect des règles

professionnelles et déontologiques ne peut apporter *a priori* de contraintes formelles. La capacité de réaction est naturellement forte dans les réseaux spécialisés et traditionnels de la santé publique, médecine scolaire et de l'enfance, médecine du travail par exemple. Elle l'est également chez les promoteurs, à grande majorité d'origine associative, des soins offerts aux victimes des nouveaux fléaux sociaux (toxicomanies, maladies VIH).

Personne n'ignore cependant que les modes d'assistance et de prise en charge deviennent inopérants dès que le lien social s'est relâché ou distendu gravement. Il ne s'agit plus alors de considérer la précarité comme un facteur explicatif supplémentaire ou redondant des variations de l'état sanitaire observé dans une population donnée et stable. Il s'agit aussi de considérer la précarité comme une cause régulière et puissante, qui éloigne, par l'effet d'un mécanisme implacable généralement progressif mais aussi parfois brutal, les sujets les plus fragiles du dispositif de soins. Aux facteurs de risque classiques s'ajoute un phénomène de rupture qui répond à un déterminisme propre engendrant des conséquences insoupçonnables, et autrement plus complexes.

### Une réalité difficile à cerner

C'est tout l'être qui est touché, dans sa globalité ; il part à la dérive, sans projet, sans perspective, privé de ses références et de ses enracinements, atteint dans ses capacités de réaction aussi bien biologiques que sociales. Les dégâts varient certes, sont plus ou moins

étendus, mais ils sont rarement uniformes. Dès lors, l'approche classiquement adoptée dans l'élaboration d'un programme de santé publique qui appréhende les phénomènes du risque sur un modèle médical causal est méthodologiquement sans portée même si le phénomène justifie, par son ampleur quantitative, une action organisée, systématisée et ciblée. Il s'agit de promouvoir une conception de la santé qui prend en compte des facteurs complexes multidimensionnels appartenant à des domaines de la réalité et à des champs de l'action sociale indépendants et non hiérarchisés entre eux. Le système sanitaire en général, hospitalier en particulier, développe une logique incompatible avec cette ambition.

Les outils de la connaissance et d'une épidémiologie d'intervention efficace doivent être inventés ; il manque des indicateurs pertinents d'un dispositif d'intervention et d'alerte adapté à des situations extrêmement variées. Des monographies, des enquêtes limitées à des sites particuliers (mission France de Médecins du Monde, Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre, etc.) ou des enquêtes ciblées sur certaines pathologies, par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales ont donné des informations assez précises sur les caractéristiques morbides et sur l'aggravation de l'état sanitaire général de certaines populations particulièrement marginales et fragiles. Il a été constaté notamment une plus grande fréquence des pathologies infectieuses et vasculaires, des affections cutanées, de la tuberculose, de l'éthylisme, une aggravation des infections bénignes et la



multiplication des pathologies associées, une surmorbidity pour certains troubles dépressifs et certains troubles à somatisation.

Ces observations ponctuelles, il faut le regretter, ne sont pas systématiquement utilisées dans le cadre d'un dispositif permanent (de type observatoire et réseau sentinelle) pour permettre aux autorités sanitaires de mettre en place un système de distribution de soins adapté.

De façon générale, la pauvreté de l'appareil scientifique est considérable. Il s'appuie sur un ensemble d'approches qui s'épuisent dans une sémantique littéraire. Il s'agit davantage de produire un effet sur l'imaginaire qu'à véritablement définir les composantes du processus de « déqualification sociale » et ses effets notamment sur le plan de la santé. Eugène Sue est encore l'inspirateur des chroniqueurs. Le terme générique « exclusion » sur lequel se déclinent toutes les formes et tous les degrés d'écart, à une vision normative et standardisée de l'homme social, est également peu opérant.

### **L'observation sur l'état de santé des sans-abri**

En liaison avec le Réseau national de santé publique, le Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre a eu l'opportunité de mettre en place un observatoire sur l'état de santé des populations sans abri (populations en situation d'errance et clochardisées principalement conduites au centre hospitalier par les services de la préfecture de police, soit 80 000 passages par an). Le programme d'étude, à partir des informations recueillies auprès des 12 000 personnes qui fréquentent son antenne médico-sociale, facilite la compréhension, d'une part des mécanismes qui conduisent à une situation de grande marginalisation et d'autre part des processus qui favorisent et permettent le retour à l'autonomie et à une identité sociale reconnue.

Le dispositif RMI pourrait être un instrument privilégié et puissant de connaissance des particularités épidémiologiques dans une population ayant rompu avec les schémas d'une vie sociale autonome et intégrée.

Sous sa forme sanitaire stricte, *a fortiori* lorsque les autres éléments de la perte de sociabilité se combinent et cumulent leurs effets, les opérateurs ne disposent d'aucune

stratégie de « soin social » qui pourrait au minimum s'appuyer sur un corpus d'observations, faute de connaître les facteurs clés et les déterminants d'une démarche visant à rétablir la santé et les acquis de la vie sociale.

Il est courant d'alléguer les nombreux facteurs d'inefficacité et d'inadaptation du système de protection sociale ; les modes de fonctionnement qu'il impose, les conditions d'accès qu'il exige, ses cloisonnements, sa complexité, le rendent, dans une certaine mesure, inapte à répondre aux besoins de la plupart du temps non exprimés d'une population fragilisée et désocialisée. Privée des ressorts culturels, psychologiques ou de l'information suffisante, elle ne peut adopter une attitude d'usager avisé.

Le discours sur les droits insiste avec justesse sur le caractère universel des droits sociaux en France et sur l'extrême diversité des prestations que ceux-ci offrent. L'accès réel à celles-ci nécessite un interventionnisme adapté et volontariste combinant diverses approches, tournées vers un objectif opérationnel ou scientifique, et destinées à traiter les divers éléments de la situation sanitaire et sociale liée à la précarité. Il s'agit aussi de trouver des solutions acceptables à des phénomènes de chronicité inévitables.

Actuellement, selon le mode d'entrée dans le dispositif, les orientations proposées pour chaque cas privilégient telle réponse parmi l'arsenal des droits offerts, sans véritable évaluation de son effet. Il en est souvent ainsi pour l'attribution de contrats d'orientation dans le cadre du RMI. À l'exception des troubles somatiques ou psychiatriques évidents, la prise en charge sanitaire fait cruellement défaut, contrairement aux besoins qui sont révélés par les enquêtes épidémiologiques connues. Le faible taux des contrats portant sur la santé (environ 15 %) est révélateur de ces insuffisances ; il est la source de nombreux gaspillages.

La recherche de solutions adéquates oscille entre un pragmatisme tendu vers une efficacité immédiate (influence de l'urgence allié aux exigences de l'ordre public) et une perception très idéologique de leur rôle par des organisations opératrices très orientées par les valeurs qui les inspirent.

L'éclatement des processus de décision entre les diverses instances concernées ou selon les domaines couverts par l'action sociale, ne facilite pas la rigueur et la cohérence dans l'action. La diversité des compé-

tences agissant de façon autonome est aussi un obstacle à un ajustement personnalisé des modes d'intervention.

### **Associer les compétences et les structures**

L'écart est grand entre les objectifs assignés aux politiques sociales, et la chronicisation graduelle dans les états de précarité. Cette réalité observée par les acteurs de terrain est souvent dissimulée par le recours alterné à des dispositifs d'assistance qui sont mal ou peu coordonnés entre eux.

L'affaiblissement accéléré de la notion traditionnelle française du service public, qui affranchit en grande partie l'action publique des préoccupations locales, des intérêts communaux partisans, des présupposés idéologiques ou humanitaires laisse prise à l'expression de dérives dans l'interprétation et l'application des règles et des droits.

Si à notre sens, s'impose l'unité de pilotage, dans le cadre d'un dispositif régulé par une autorité de l'État, la diversité des réponses doit correspondre à la complexité des situations. À une échelle modeste en Île-de-France, seul établissement public doté des moyens juridiques de mettre en œuvre des missions relevant aussi bien de la loi sociale que de la loi hospitalière, le Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre illustre cette nécessité d'associer étroitement diverses structures et compétences pour répondre à cet objectif de « réparation sociale ».

Serions-nous encore dans l'héritage d'un débat opposant Saint Vincent de Paul à Pomponne de Bellière, d'un débat entre l'humanisme dominant et l'ordre public. Quand trouverons-nous la synthèse ? ■

**Antoine Ravelo de Tovar**

Directeur du Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre

# Précarité et santé

## la face cachée d'une corrélation

**A**yant travaillé récemment sur les parcours d'insertion professionnelle des jeunes, on me demande, à ce « titre », un point de vue sur le risque que représente la précarité sur la santé. Sous leur apparente simplicité, la question (risque ? pas risque ?) et les réponses possibles (oui..., non..., oui mais...) cachent une infinie complexité. Dès lors mes compétences limitées sur un tel sujet et la tonalité référendaire de la question me laissent perplexe... Cela dit j'ai accepté l'exercice et, dans les quelques lignes qui me sont accordées, j'inventerai moins de réponses que je n'insisterai sur la face cachée d'une telle interrogation.

### Précarité et santé : corrélations ou relations ?

Dans sa définition la plus commune, la précarité sociale et économique regroupe des situations qui vont de la fragilisation de la relation d'emploi à l'exclusion en passant par le chômage. Toutes ces situations porteuses de « stress social » peuvent être à l'origine d'une détérioration de la santé et les travaux en sciences sociales de la santé, en médecine du travail ou à l'Inserm en attestent depuis longtemps<sup>1</sup>. Encore récemment quelques bilans accablants renforcent ces travaux : ainsi ces « paroles » de médecins du travail qui dénoncent la double précarisation de l'emploi et de l'organisation du travail, facteurs de « souffrances » et de risques accrus pour la santé<sup>2</sup> ; ainsi le rapport du Cerc qui met en évidence l'étroite intrication de la pauvreté économique et de la vulnérabilité sociale dans une spirale dange-

reuse de « cumul des handicaps »<sup>3</sup>. Le caractère douloureux et alarmant de ces constats paraît à présent rédhibitoire. Cela dit, est-il vraiment « prouvé » que la précarité a un effet sur la santé ? Paradoxalement non, car l'on sait aussi par ailleurs que le problème de la *mesure* de cet effet est loin d'être réglé<sup>4</sup>.

De surcroît, d'autres analyses se développent depuis quelque temps qui renversent cette image stigmatisante des situations précaires au profit d'interprétations plus nuancées. Concernant la jeunesse par exemple, on y affirme que la précarité d'emploi n'est pas forcément à l'origine de dynamiques régressives. Non parce que la précarité moderne est une « précarité protégée dont la toile de fond est la permanence de l'État social »<sup>5</sup>, mais parce qu'elle peut aussi produire de l'identité sociale et de l'intégration. D'ailleurs au cours de mes enquêtes, j'ai moi-même rencontré de nombreux cas, où la précarité d'emploi soutenait de véritables modes d'insertion<sup>6</sup>. Certaines jeunes femmes par exemple avaient des objectifs professionnels que seule la précarité professionnelle leur permettait de mettre en œuvre : mères de famille, elles développaient des stratégies de gestion du temps sophistiquées en construisant des « projets » personnels dans les entractes que provoquent les turbulences d'emploi. Elles « utilisaient » en quelque sorte la précarité professionnelle dans l'arbitrage travail/famille. Mêmes enjeux pour beaucoup de jeunes mal préparés à affronter l'avenir et à qui tout fait peur. À tous ceux-là, la précarité d'emploi servait de moratoire, en leur donnant le temps de décryptage du social dont ils avaient besoin.

On retrouve aussi ce type d'observations dans d'autres travaux. Concernant les jeunes urbains par exemple, certaines études montrent comment se forment des « espaces intermédiaires » où de véritables socialisations sont à l'œuvre en dépit de la précarité de l'environnement et des situations individuelles. Ces socialisations sont productrices de culture, d'identités collectives, d'apprentissages, voire même de compétences directement utilisables à terme sur le marché du travail<sup>7</sup>. Chez les jeunes la précarité d'insertion pourrait donc être un outil stratégique qui combine nécessité de s'intégrer et moratoire d'apprentissage.

L'existence d'une relation entre précarité et santé n'est donc pas si nette qu'on le dit souvent et, si relation il y a, sa nature n'est guère clarifiée non plus<sup>8</sup>. Dès lors, et c'est ce qui m'intéresse ici, on peut profiter de l'incertitude de nos réponses pour chercher ce qui se cache derrière une question.

### Derrière les interrogations, quels postulats ?

La précarité est-elle un facteur de risque pour la santé ? En fait la démarche qui consiste à supposer des liens de causalité derrière les corrélations statistiques n'est pas neutre car il part d'un postulat très fort : celui de considérer la précarité comme un état de « risque » et de privilégier l'hypothèse selon laquelle, dans le contexte économique actuel, la précarité est productrice de dynamiques sociales essentiellement négatives.

De même, la démarche qui consiste à nier toute causalité au départ pour analyser com-

ment les individus construisent et réinventent leur destin dans des situations difficiles n'est guère neutre non plus : elle part aussi d'un postulat précis, celui de considérer la précarité comme un processus dont le sens peut varier, voire dans certains cas, comme étant productrice de dynamiques sociales positives.

Qu'y a-t-il derrière ces postulats contradictoires ? rien de moins me semble-t-il qu'une lecture du social radicalement différente. Autrement dit la façon d'interroger le social rend compte *en aval* d'une certaine lecture du social *en amont*. Ainsi, chercher à mesurer les risques que représente la précarité sur la santé ou chercher à mesurer les formes d'utilisation de la précarité dans des stratégies d'intégration relève de postures théoriques *différentes* au départ, de lecture *différente* de l'actualité et d'une identification *différente* de « la question sociale » contemporaine. Dans le cas présent, tout se passe comme si les uns situaient leurs analyses dans le cadre d'une société en crise et les autres dans le cadre d'une société en mutation, deux cadres de lecture qui imposent ensuite une analyse des problèmes sociaux divergente, voire contradictoire.

Le premier cadre inscrit les faits sociaux contemporains dans un contexte de crise : crise économique, crise de l'emploi, crise du « compromis salarial » qui promettait plein emploi, intégration et protection pour tous. Cette crise est alors pensée comme un dysfonctionnement à redresser pour retrouver l'équilibre, à savoir le plein emploi et la sécurité grâce à l'insertion de tous sur une activité stable et productive. Pour la plupart des observateurs, ce paradigme classique de la société salariale reste le cadre de référence de leur analyse des problèmes sociaux. Dans ce cadre, se définissent alors des normes et des critères d'évaluation qui servent d'outil pour définir les flirts en positif ou négatif. Concernant la question de l'emploi et du chômage cela se traduit par la grille suivante : les individus sont des victimes (passives ou actives) de l'éclatement du système d'emploi (diversification et fragilisation de la relation d'emploi) et de ses conséquences (précarité et exclusion). Dès lors la norme positive est bien sûr l'entrée rapide dans un emploi stable et le symptôme de crise la précarité d'insertion (considérée comme injuste, inutile voire dangereuse à terme). Définir la précarité comme un facteur de ris-

que pour la santé et chercher à en mesurer les effets relève à mon sens d'un tel cadre et l'hypothèse de travail est alors : la précarité c'est mal, la « preuve » ça rend malade.

Le deuxième cadre d'analyse tend à inscrire les faits sociaux dans un contexte de changement social permanent. Dans le contexte actuel, la crise est alors le symptôme d'une « redéfinition *d'ensemble* du système de cohésion sociale », qui mobilise le « travail de *l'ensemble* de la société sur elle-même »<sup>9</sup>. Si on se place dans cette perspective dynamique (qui plus est souvent positive) les problèmes relèvent moins du dysfonctionnement d'un système que de sa mutation, et l'individu est moins une victime éventuelle qu'un acteur/producteur des mutations à l'œuvre (quelle que soit par ailleurs sa condition sociale). Dès lors, et en dépit d'un paysage social profondément désorganisé et souffrant, on peut lire autrement le social et ses ratés. Concernant l'emploi ou le chômage par exemple, le cadre d'analyse traditionnel est écarté au profit d'autres références qui donnent sens à des situations d'activité hétérogènes appartenant à des logiques de productivité diverses. Ainsi analysée, la précarité d'insertion juvénile parle moins de risques ou d'exclusion qu'elle ne rend compte de « la fin d'un monde », de la fin d'un modèle de société, de la fin d'un principe d'intégration qui passait par *une* forme travail<sup>10</sup>. Ceci impliquant cela, cette analyse oblige à privilégier les situations hors norme afin de traquer ce qui se joue et ce qui parle déjà d'un nouveau modèle d'intégration<sup>11</sup>. Ainsi « lue », la précarité présente des dimensions qui rendent compte de ressources et de mobilisations humaines occultées dans un cadre d'analyse plus traditionnel.

## Conclusion

Quelle conclusion tirer de ces tiraillements théoriques ? d'abord qu'il est difficile sinon impossible de trancher sur la pertinence de telle ou telle grille de lecture : les problèmes de mesure, communs à tous, condamnent à la polémique faute de preuves... Cela dit cette polémique est nécessaire car elle approfondit la question du sens. Or c'est du sens attribué aux problèmes sociaux (parce que lui et lui seul permet le diagnostic) que dépend l'efficacité de la prescription, à savoir l'efficacité de l'action sociale. ■

1. Cf. le bilan critique de certains de ces travaux in Bungener M. et Pierret J. De l'influence du chômage sur l'état de santé in Fr. Bouchayer (Eds) *Trajectoires sociales et inégalités*, Mire-Insee-Eres, 1994.

2. Cf. *Paroles de médecins du travail Souffrances et précarités au travail*, Syros, 1994.

3. *Précarité et risque d'exclusion en France*, Cerc, La Documentation Française, 1993.

4. La mesure de l'effet précarité sur la santé reste à l'heure actuelle un problème non résolu. La performance des outils n'est pas en cause (les modèles économétriques dans le traitement des données permettent aujourd'hui des analyses complexes). Mais la complexification des outils de mesure ne vient pas à bout de la complexité du réel tant la logique mathématique et celle du social se répondent mal. Exemples de ces limites, les études partant de données du même type qui montrent qu'un processus morbide peut être engendré par deux événements opposés : le chômage ou la forte activité ; cités in Bungener M. et Pierret J. *op. cit.*

5. Castel R., Lae J.-F. in *Le revenu minimum d'insertion, une dette sociale*, L'Harmattan, 1994.

6. Nicole-Drancourt Ch. *Le labyrinthe de l'insertion*, La Documentation Française, 1991.

7. Roulleau-Berger L. *La ville Intervalle*, Méridien Klincksieck, 1991.

8. Les « corrélations » entre précarité et santé sont prouvées puisque depuis longtemps saisies statistiquement : mais qui dit corrélations ne dit pas forcément relation de cause à effet.

9. Castel R. *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard, 1995.

10. Dubet F., Lapeyronnie D. *Les quartiers d'exils*, Seuil, 1992.

11. Nicole-Drancourt Ch., Roulleau-Berger L. *L'insertion des jeunes en France*, Puf, coll. *Que sais-je*, 1995.

**Chantal Nicole-Drancourt**  
Chercheur CNRS en sociologie  
Centre d'études de l'emploi

# Bibliographie

**Marguerite Arene**, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, **Omar Brixí**, Comité français d'éducation pour la santé et **Véronique Mallet**, direction générale de la Santé ont assuré la coordination de ce dossier.

Les articles et encadrés ont été rédigés par (ordre d'apparition) :

Michel Joubert, maître de Conférence à Paris VIII, chercheur au Grass-Iresco (CNRS) (p. 2 & 3)

Omar Brixí (p. 4 & 5, p. 24 à 26)

Bernard Goudet, Craes Aquitaine (p. 5 à 7, 20 & 21)

Véronique Mallet (enc. p. 7, p. 17 & 18)

Catherine Caro, Dominique Leterrier et Maïté Rouch, direction de la Sécurité sociale (p. 8 à 10)

Pascal Noblet, direction de l'Action sociale (p. 12 à 14, enc. p. 16)

Martine Ledrans, DGS (enc. p. 13)

Véronique Herzog, direction des Hôpitaux (p. 14 à 17)

Brigitte Haury, direction générale de Santé (enc. p. 15)

Marie-Christine Freire, Délégation à l'insertion des jeunes (p. 18)

Marguerite Arene, (p. 19 & 20, 22 & 23)

Antoine Lazarus (enc. p. 19)

Catherine Chardin et Jean-Yves Fatras, Division sida (enc. p. 20)

Patrick Lamour, Comède (enc. p. 21)

Olivier Quérouil, Dirimi (p. 24 à 26)

René Demeulemeester, direction générale de la Santé (p. 26)

Fernando Bertolotto, directeur de recherches association Resscom (enc. p. 27)

Merci à **Catherine Basin**, **Monique Hérold**, **Chantal Nicole-Drancourt**, **Antoine Ravelo de Tovar** et **Hélène Strohl** pour leur tribune.

**Cohésion sociale et prévention. Préparation du XI<sup>e</sup> plan.** B. Fragonard (prés.). La documentation Française, février 1993.

**Comportement et besoins médico-sociaux d'une population migrante au sein d'une agglomération de taille moyenne.** In *Migrations santé*, n° 79, 2<sup>e</sup> trimestre 1994.

**Do the poor cost more ?** In *New England Journal of Medicine*, 19 avril 1990.

**La santé en France. Rapport général du Haut Comité de la santé publique.** La documentation Française, novembre 1994.

**Le médecin généraliste acteur sanitaire et social.** B. Elghozi. *Créteil Solidarité*, 1995.

**Les actions en matière de santé publique, réalisées ou projetées par les municipalités françaises.** Michel Legros. Crédoc, RNSP, 1995.

**Les Français et leur santé. Enquête santé 1991-1992.** Ministère de la Santé publique et de l'Assurance maladie, Sesi.

**Les réseaux de santé.** In *Prévenir*, n° 27, décembre 1994.

**Précarité et risque d'exclusion en France.** Cerc, La documentation française, n° 109, 1993.

**Promouvoir la santé.** Michel Bass. L'Harmattan, 1994.

**RMI et santé.** CFES, mai 1993.

**Soigner sans exclure.** In *Économie et humanisme*, n° 327, décembre 1993.

**Souffrances et précarités au travail.** A. Thébaud-Mony, Ch. Dejours (dir.). Syros, coll. *Alternatives sociales*, 1994.

**Trajectoires sociales et inégalités. Recherche sur les conditions de vie.** Mire, Insee, Eres, décembre 1994.

**Une souffrance que l'on ne peut plus cacher.** Rapport du groupe de travail Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale. Pr A. Lazarus (prés.), H. Strohl (rapp. Gén.). Div, Dirimi, 1995. (Dispo. Div, DGS)

## **Direction générale de la Santé (DGS) Direction de l'Action sociale (Das)**

124, rue Sadi Carnot  
92170 Vanves  
Tél. : 46 62 40 00

## **Direction des hôpitaux (DH) Direction de la Sécurité sociale (DSS)**

1, place de Fontenoy  
75007 Paris  
Tél. : 40 56 60 00

## **Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain (Div) Délégation à l'insertion des jeunes (Dij)**

194, avenue du Président Wilson  
93217 La Plaine Saint-Denis Cedex  
Tél. : 49 17 46 46

## **Délégation interministérielle au RMI (Dirimi)**

9, rue Geores Pitard  
75015 Paris  
Tél. : 48 42 66 48

## **Comité français d'éducation pour la santé (CFES)**

2, rue Auguste Comte  
92170 Vanves  
Tél. : 46 45 45 00

## **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)**

21, rue du Faubourg Saint-Antoine  
75011 Paris  
Tél. : 49 28 54 54

## **Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (Fnars)**

76, rue du Faubourg Saint-Denis  
75010 Paris  
Tél. : 45 23 39 09

## **Arcat sida**

13, bd de Rochechouart  
75009 Paris  
Tél. : 49 70 85 90

## **Comède**

Hôpital de Bicêtre  
78, rue du Général Leclerc  
BP 31  
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex  
Tél. : 45 21 38 40

# Adresses utiles